Rok LV. Kraków, 1. kwietnia 1916. Nr 4.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, WYDAWANY PRZY POPARCIU GRONA LEKARZY Z KRAKOWA I Z GALICYI, CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

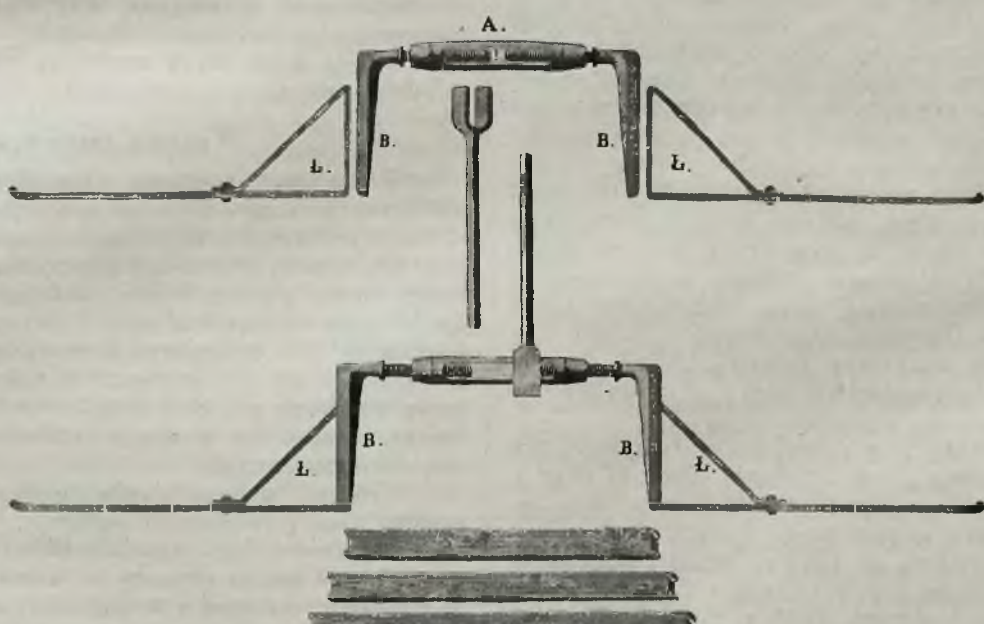
Uproszczony przyrząd do zakładania opatrunków gipsowych z wyciągiem

podał

Ludwik Rydygier

t. c. chirurg naczelny c. i k. szpitala wojennego w Bernie.

W obecnych ciężkich czasach musimy dążyć do możliwego uproszczenia przyrządów i tem samem uniezależnienia swojego postępowania od fabrykacyi narzędzi. W wielu przypadkach złamań postrzałowych ze znacznem zdruzgotaniem kości lub też znacznem dążeniem do przesunięcia końców odłamków jest pożądane, aby wyciąg działał jeszcze po założeniu opatrunku gipsowego. Wobec tego postanowiłem przepiłować przęsła, które w ilości 2–3 ze zwykłych listew żelaznych, odpowiednio wygiętych, przygotowane zagipsowujemy pomiędzy gipsowe części opatrunku. Pomiędzy prostopadłe części przęseł wsuwamy śrubę o podwójnych skrętach (prawym i lewym) (przyrząd taki, używany do napinania drutów, można dostać w każdym handlu żelaza). Okręcając tę śrubę, rozsuwamy według zasady Hackenbrucha obydwie części opatrunku gipsowego i tem samem stosujemy wyciąg na kości złamane. Ażeby części boczne szyn żelaznych (ryc. 1, c) nie ugięły się pod działaniem śruby, wygięliśmy je kątowato i przytwierdziliśmy końce do części poziomej. Tym sposobem powstał przyrząd uwidoczniony na ryc. 1, 2, i 3, jak go sporządził zwykły ślusarz. Ażeby śruba pewniej trzymała się pomiędzy częściami prostopadłemi listew żelaznych, dorobiliśmy do niej na każdym jej końcu części boczne, biegnące ku dołowi (ryc. 1, B). Listwy żelazne (2–3) zagipsowujemy w sposób zwykły. Po stwardnieniu gipsu pokręcamy śruby stopniowo coraz wyżej przez parę dni, przez co wzmaga się wyciąg i odłamki kości odpowiednio się przesuwają. Posiadając 3 śruby, możemy odrazu zakładać wiele tego rodzaju opatrunków, mianowicie rozsunąwszy części gipsowe do pewnego stopnia zapomocą śrub (2—3), wsuwamy pomiędzy części boczne żelaznych listew odpowiedniej długości kołki drewniane; wówczas śruby można wyjąć i zastosować do opatrunku następnego.



O sztucznej odmie piersiowej.

Część I teoretyczna [1]).

Przez

Dr Kazimierza Dłuskiego

Dyrektora Sanatoryum w Zakopanem.

Celem leczniczej odmy piersiowej jest uciśnięcie chorego płuca. — Mając na względzie rozpatrzenie warunków, w jakich zabieg ten się odbywa i rozważenie różnych z nim związanych powikłań, przypomnę naprzód pokrótce, na jakich drogach lecznictwo ostatniej doby doszło do tego zabiegu.

Sztuczna odma piersiowa (lecznicza) jest związana z nazwiskiem Forlaniniego. Słuszne to zupełnie. Forlanini bowiem, nie znając pracy Carsona, samoistnie wpadł na myśl sztucznej odmy, pierwszy zastosował ją u człowieka, jako środek leczniczy, posługując się wyrobioną przez siebie techniką. na gruncie własnego teoretycznego i klinicznego uzasadnienia. W porządku historycznym pierwszy pomysł oryginalny należy się Szkotowi Carsonowi, fizyologowi, który już w 1822 r. dokonał doświadczeń na królikach, opisanych w jego III szkicu »On Lesions of the Lungs«. Przez otwór międzyżebrowy wprowadzał Carson powietrze do opłucnej królika, poczem następowały lekkie. kilka sekund trwające zaburzenia. Po 5 dniach taki sam zabieg z drugiej strony klatki — zaburzenia silniejsze, dłuższe. ale już po 4 godzinach ustępują. Stąd wniosek, że jedno płuco może być bezkarnie uciśnięte, gdyż dzięki uciśnięciu śródpiersia, drugie jest ochronione i ucisk na nie się nie przenosi. Wniosek ten przenosi Carson na uciśnięcie gruźliczego płuca u człowieka. widząc główną przeszkodę do gojenia się w ciągłych ruchach oddechowych, a zwłaszcza w rozciąganiu się odśrodkowem tkanki zdrowej dokoła chorej, które przeszkadza zbliżeniu się ścian jamy i wydaleniu jej treści. Do takiego wniosku dochodzi Carson i na innej drodze, a mianowicie na podstawie znanych mu przypadków wyleczenia gruźlicy płuc, wskutek drążących ran klatki piersiowej podczas bitwy. To, co było dziełem brutalnego przypadku, powinno być, powiada Carson, przedmiotem operacyi, robionej planowo, przy stopniowym ucisku płuca, aż do zupełnego zapadnięcia się, — zbyt szybkie opróżnienie jam może bowiem być niebezpieczne. Carson uważa nawet za możliwe wstrzymanie krwotoku przez ucisk płuca. Znakomitą swą pracę kończy Carson następującą uwagą: »Czy metoda okaże się praktyczną, czy też zajmie ludzi na jakąś chwilę, a później zostanie zapomnianą, to pytania, o których rozstrzygnie czas«. Przewidział jasno. W 30 i 40 lat po Carsonie, Wunderlich i Köhler nie uważali metody jego za godną badania. To też słusznie twierdzi Daus, że »metodę Carsona musieli Forlanini i Murphy na nowo wynaleść«.

Wspomnimy pokrótce o innych pomysłach, mających na celu leczenie gruźlicy przez uciśnięcie płuca. W 1855 r. Anglik Ramadges próbuje wywołać sztuczną rozedmę zapomocą wziewania przy utrudnionym wydechu celem uciśnięcia płuca od wewnątrz. W 1852 r. Niemiec Beck przypuszcza, iż gruźlica może być wyleczona na drodze ucisku płuca przez wysięk w opłucnej. Myśli te nie znalazły prawa obywatelstwa w klinice. Różni autorowie w różnych odstępach czasu ogłaszają luźne spostrzeżenia dodatniego wpływu naturalnej odmy na przebieg gruźlicy, jak n. p. Stokes i Houghton w trzecim lat dziesiątku ubiegłego stulecia, Richter w szóstym, — Traube w siódmym lat dziesiątku podaje przypadek wyleczenia gruźlicy płuc, trwającej 7 lat. — Toussaint w swej rozprawie paryzkiej (1880 r.) zebrał z klinik francuzkich 24 przypadki poprawy lub wyleczenia gruźlicy płuc dzięki odmie naturalnej, z tych najwcześniejszy w 1834 r. Jednocześnie z Toussaintem, Potain i Herard mówią o dobroczynnym wpływie naturalnej odmy, jako o »nieoczekiwanym środku ratunku«. W ciągu ósmego i dziewiątego lat dziesiątka zaczynają sprawą tą poważnie się zajmować w Niemczech, Anglii, Austryi, Francyi, Szwajcaryi i t. d..

Nie możemy ze względu na ramy naszej pracy wdawać się w szczegóły. Wymienimy tylko: Weila, Leydena, Nonnego, Spätha, Adamsa, Draschego, Rosego, Mosheima i t. d. Zaznaczymy nadto, że monografia L. Spenglera (1900 r.) zwróciła na siebie uwagę świata lekarskiego ze względu na dokładne kliniczne uzasadnienie dodatniego wpływu naturalnej odmy na gruźlicę i trwałe wyniki leczenia. Na 20 przypadków miał Spengler 5 stałych wyleczeń odmy i gruźlicy płuc zarazem, trwających od kilku miesięcy do 7 lat. — Jednocześnie dodatni wpływ wysięków opłucnej na przebieg gruźliczy staje się przedmiotem badań klinicznych. O ile z dostępnego mi piśmiennictwa wiadomo, zdaje się, iż Francuzi utorowali tu drogę. — Herard zastanawia się nad wstrzymaniem rozwoju gruźlicy pod wpływem ucisku, wywołującego spokój i niedokrwienie płuca. Gaillard, rozpatrując uciskowe działanie wysięku na płuca, stwarza termin »pleurèsie providentielle«. Potain w ósmym lat dziesiątku wprowadza metodę leczenia gruźlicy płuc i wysięków przy odmie naturalnej przez częściowe wypuszczanie płynu i zastępowanie go wyjałowionem powietrzem. Metoda ta staje się popularną we Francyi. — W 1908 r. Konzelmann ogłasza 26 przypadków, w których dzięki wysiękom nastąpiło trwałe wyleczenie gruźlicy płuc, trwające w 8 przypadkach od 1—7½ lat. Tym sposobem został przygotowany grunt, na którym powstała sztuczna odma lecznicza, dokonana poraz pierwszy przez Forlaniniego na człowieku przed 22 laty. Zabieg ten przez lat 10 pozostawał w ukryciu. Wyprowadzili go na światło dzienne i spopularyzowali Brauer i L. Spengler. Nazwiska ich zdobyły sobie obok nazwiska Forlaniniego prawo do trwałej pamięci.

Wahania manometru.

W opłucnej w stanie prawidłowym niema żadnego ciśnienia ujemnego. Doświadczenia Rotha, Brauera i Meyersteina wykazują, że obie blaszki przylegają jedna do drugiej tak mocno, że zdołają przeciwważyć całą siłę sprężystości tkanki płucnej w kierunku dośrodkowym i całą siłę sprężystości klatki piersiowej w kierunku przeciwnym. Przyleganie to jest następstwem przyciągania molekularnego; przesuwanie się obu powierzchni opłucnej koło siebie odbywa się dzięki płynowi surowiczemu, którego ilość Grober ocenia u człowieka w stanie prawidłowym na kilka centymetrów sześciennych.

Ciśnienie ujemne zjawia się dopiero wtedy, gdy pomiędzy dwie powierzchnie opłucnej, ścienną i trzewną, dostaje się pewna ilość gazu lub płynu.

Określenie za pomocą manometru [1]) warunków ciśnienia w jamie opłucnej i zmian, jakie w danych okolicznościach zachodzą, jest podstawą całej kliniki sztucznej odmy opłucnej. W warunkach prawidłowych ciśnienie przy przebiciu opłucnej może wynosić np. przy wdechu — 15, przy wydechu — 3 i zmienia się przy wpuszczaniu gazu w odpowiednich granicach. Szczegółowe rozpatrzenie tych prawidłowych warunków stanowi przedmiot kliniki. Naszem zadaniem jest omówienie niektórych szczegółów, uchylających się od normy.

---

[1]) Niniejsza praca stanowiła przedmiot referatu, wygłoszonego wspólnie z Dr. Sterlingiem (z Łodzi) na III Zjeździe Internistów polskich we Lwowie (Lipiec 1914) — Część II kliniczna wyjdzie z pod pióra Dr. Sterlinga, któremu odstąpiłem cały materyał sanatoryalny, aby w połączeniu z jego materyałem ze szpitala w Łodzi mogła się wytworzyć pewna kliniczna całość.

[1]) Mamy w ciągu naszej pracy stale na myśli manometr wodny.

Zrosty opłucnej. a) Ciśnienie może być na początku, jak wyżej, ale po napełnieniu ograniczonej zrostami jamy szybko i nieprawidłowo się podnosi i już po wprowadzeniu np 60—70 cm³ gazu staje się dodatniem przy wdechu, wahając się w pobliżu zera (0) przy ruchach oddechowych. b) Zrosty mogą być tak silne, że nawet na ograniczoną jamę natrafić niepodobna: wówczas wahań niema. c) Gdy zrosty rozluźniają się podczas napełniania, następują wahania nieprawidłowe, a mianowicie: zwiększające się ciśnienie raptem opada w chwili rozluźnienia. d) Gdy zrosty są liczne, luźne, nakształt siatki, gaz dostaje się wewnątrz zrostów, nieprawidłowe wahania powtarzają się przy stopniowem napełnianiu i rozluźnianiu, stają się podobne do tych, jakie spostrzegamy w prawdziwej, ale małej odmie, i stanowią tak zwany »Schwartenemphysem«. e) Gdy narzędzie dostaje się między powięź (fascia endothoracica) i opłucną ścienną, następują wahania nieprawidłowe, zależne od zmian ciśnienia w płucach, objawem zaś zewnętrznym jest głęboka odma podskórna, ukazująca się ponad I żebrem po stronie odmy lub przeciwnej, tak zwana odma podpowięziowa (emphysema subfasciale)[2].

f) Narzędzie przebija zrosty opłucne, gaz dostaje się do tkanki płucnej. Są dwie możliwości: 1) Igła dostaje się do rozgałęzień oskrzeli. Wahania manometru podlegają wahaniom oddechowym: mały rozmach w pobliżu 0, ale przy wstrzymaniu oddechu, lub wydechu, ciśnienie spada odrazu do 0. (v. Muralt). Kontrola więc łatwa, ale zdarzają się pomyłki u najbardziej wprawnych klinicystów, jak np. nawet u Brauera. A. Schmidt u 4 chorych wprowadzał powietrze do płuc; u jednego zaś przy 3 napełnianiach razem w ilości 3300 cm³. 2) Druga możliwość: igła dostaje się do tętnicy. Wówczas wskutek większego ciśnienia w tętnicy, niż w igle, podnosi się ono powoli w manometrze o kilka milimetrów, lub nawet centymetrów (Muralt i Saugmann). Wskutek jednak włosowatości w igle i szybkiego krzepnięcia krwi, wahań większych niema i ciśnienie wkrótce staje się stałem. Ale w naczyniach płucnych ciśnienie może być tak małe, że krew nie przejdzie do igły, a przy głębokich wdechach gaz dopływa do naczyń. Przy pominięciu środków ostrożności może powstać zator gazowy, a w jego następstwie śmierć, o czem niżej.

g) Nieprawidłowe wahania mogą powstać jeszcze przy jednym błędzie technicznym, a mianowicie, gdy igła dostaje się do jamy brzusznej. Teoretycznie powinno zachodzić obniżenie ciśnienia przy wydechu i naodwrót (v. Muralt). W praktyce bywa inaczej, czego dowodzą dwa przypadki Zinka bez wahań paradoksalnych. W pierwszym przypadku wpuścił Zink 650 cm³, przy końcowem ciśnieniu +5 do +6, które na drugi dzień podniosło się przy napełnianiu tylko o 1 cm³. W drugim przypadku wahania początkowe, jak w odmie prawidłowej, wynoszą —8. Oba przypadki bez powikłań.

h) Wahania nieprawidłowe mogą się odbywać na początku napełnienia, przy wytwarzaniu odmy, dzięki wyrównawczemu rozszerzeniu klatki piersiowej, a więc ciśnienie obniża się, zamiast podnosić się (spostrzeżenie Brunsa na psach). Gebhard spostrzegał je u ludzi przy wysiękach nawet znacznych, ale świeżych, gdy opłucna jest jeszcze dość podatna i przypisuje je tej samej przyczynie. Saugmann i Muralt opisują zjawisko wręcz przeciwne: zwiększenie ciśnienia przy wdechu, dzięki wciąganiu śródpiersia na stronę odmy i wtedy powierzchnia istniejącego w odmie płynu podnosi się przez ciśnienie wciągniętego śródpiersia do góry.

[2]) Mówiąc o odmach, jako powikłaniach, dwa słowa o dwu innych jeszcze postaciach: 1) Odma powierzchowna podskórna, mająca za przyczynę, przy dużem ciśnieniu śródopłucnem: stwardniałą opłucną, wiotkie mięśnie, do czego pomaga gwałtowny wydech, lub kaszel. 2) Odma śródpiersiowa (Emphysema mediastinalis). Gdy gaz dostanie się do śródpiersia, może być niebezpiecznym przez ucisk na zawarte tam narządy, zwłaszcza duże naczynia (Brauer).

Rola śródpiersia.

Ważną rolę odgrywa śródpiersie w sztucznej zamkniętej odmie w związku z jego anatomiczną budową. Człowiek i królik n. p., dzięki sprężystości swych śródpiersi, mogą w pewnych dość dużych granicach wytrzymać różnicę ciśnienia w obu połowach klatki piersiowej. U psa, gdzie śródpiersie nakształt długiego luźnego fałdu, mającego uchyłki, ciągnie się wzdłuż całego mostka, rzecz ma się inaczej. Wedle doświadczeń Brunsa, pies ginie w parę minut po wytworzeniu odmy otwartej i nie długo może się utrzymać przy życiu ze sztuczną, zamkniętą odmą. Aby należycie ocenić rolę śródpiersia w zamkniętej odmie, należy w paru słowach wspomnieć o otwartej chirurgicznej odmie u człowieka, pamiętając, że po stronie odmy ciśnienie jest atmosferyczne, zarówno przy wdychaniu, jak i wydychaniu. — Przy wdechu powietrze z uciśniętego płuca zostaje częściowo wessane do zdrowego, gdzie panuje wówczas ciśnienie ujemne. Na odwrót przy wydechu, gdy po stronie zdrowej ciśnienie przewyższa ciśnienie atmosferyczne, powietrze zostaje częściowo wpychane do uciśniętego płuca. Jest to tak zwane »Pendelluft« Brauera. Do tego dołącza się tak zwane »Flottieren des Mediastinum« Brauera, czyli wciąganie śródpiersia na stronę zdrowego płuca podczas wdechu. Przy wydechu zaś zdrowe płuco wskutek przylegania doń śródpiersia nie może dostatecznie skurczyć się, a tem samem należycie wypędzić zużyte powietrze. Wskutek tych dwóch przyczyn następuje brak utlenienia i duszność z jej zgubnymi skutkami, o ile jej się nie zapobiegnie przez kamerę Sauerbrucha lub przez metodę Brauera (zwiększone ciśnienie przez tchawicę). Inaczej dzieje się w zamkniętej odmie u człowieka. Dzięki swej sprężystości, śródpiersie przy obniżaniu się przepony podczas wdechu napina się i pozwala zdrowemu płucu na należyte rozszerzenie się, a częściowo i drugiemu, o ile nie jest zupełnie uciśnięte. Przy wydechu śródpiersie zachowuje położenie mniej więcej środkowe, będąc mniej niż poprzednio, napięte, i o ile niema wielkiej różnicy ciśnienia w obu połowach klatki piersiowej, pozwala należycie opróżnić się zdrowemu płucu. Gdy różnica w ciśnieniu jest znaczna, wówczas śródpiersie przesuwa się częściowo, a nawet całkowicie na stronę zdrową. Dwa są najsłabsze jego punkty, opisane dokładnie przez Nitscha (klinika Brauera): 1) W śródpiersiu przedniem na wysokości przyczepu 2—4. żebra, idące w głąb średnio na 3—4 cm. 2) Śródpiersie tylne w dolnej części, graniczy z tyłu z kręgosłupem i tętnicą główną, z przodu z przełykiem i sercem. Tu obie blaszki bardzo się zbliżają, przyczem prawa opłucna, dochodząc do linii środkowej lub ją przekraczając (»recessus pleurae«), łatwiej pod wpływem ciśnienia przesuwa się na lewo.

Pomimo jednak znacznego, a nawet zupełnego przesunięcia się śródpiersia na stronę zdrową rzadko kiedy, zgodnie ze spotrzeżeniami licznych klinicystów, — następują zaburzenia w oddychaniu, wbrew temu, co się dzieje w otwartej chirurgicznej odmie u człowieka, lub w odmie naturalnej, zwłaszcza w zastawkowej jej postaci. Jest to sprawa powolnego przystosowania się ustroju. Z drugiej jednak strony nie należy, jak to czyni Brauer i jego szkoła, twierdzić bez zastrzeżeń, że w zamkniętej sztucznej odmie nie może być duszności z powodu »wahadłowego powietrza«, nawet przy silnym kaszlu. Teoretycznie jest to niesłuszne, gdyż przy zwiększonem pod wpływem gazu ciśnieniu po stronie odmy może w fazie wdechu nastąpić aspiracya do zdrowego płuca, i to nietylko powietrza, ale także wydzieliny lub krwi. Fakty kliniczne potwierdzają to (Forlanini, A. Schmidt i t. d.). Sam Brauer przeczy sobie, podając przypadek zapalenia w dolnym płacie zdrowego płuca, zapalenia, które powstało przez aspiracyę krwi z jamy uciśniętego płuca. — Weiss podaje wyniki sekcyi aspiracyjnego zapalenia płuc. — Mówiąc o śródpiersiu, należy wspomnieć o zjawisku, uważanem przez Brauera teoretycznie za niemożliwe, a mianowicie są to dwa przypadki przerwania śródpiersia pod wpły-

wem wysiłku fizycznego i wytworzenie w obu przypadkach lewostronnej odmy przy istniejącej od 2 miesięcy odmie sztucznej po prawej stronie (Weiss i Birke). W przypadku Weissa w ciągu 18 dni wessanie zupełne. Birke nie podaje daty wessania, ale powiada, że chory w 21 miesięcy od wytworzenia odmy znajdował się w dobrym stanie zdrowia.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Choroba Heine-Medina czyli nagminne rdzeniowe porażenie dziecięce

napisał

Dr Sz. Starkiewicz (Dąbrowa).

Do napisania niniejszej pracy skłania mnie to, iż od 20 października 1913 r. do września 1915 r. spostrzegałem w Dąbrowie i w najbliższej okolicy przeszło 18 przypadków ostrego rdzeniowego porażenia dziecięcego (poliomyelitis anterior acuta epidemica); pragnę więc zwrócić uwagę kolegów na chorobę Heine-Medina, która i u nas w Zagłębiu przybierać zaczyna wyraźnie charakter nagminny.

Nagminne zapalenie przednich rogów rdzenia bywa dotąd opisywane w rozdziałach, traktujących o chorobach układu nerwowego, a mianowicie jako t. zw. porażenie dziecięce (paralysis infantilis). Jest to wszakże choroba zakaźna, nagminna, w której najwybitniej dotknięty zostaje układ nerwowy. Choroba ta, spostrzegana sporadycznie i nawet endemicznie już w drugiej połowie XVIII stulecia, opisana została po raz pierwszy dokładnie pod względem klinicznym przez Heinego ze Stuttgartu w r. 1840 Choroba to »par excellence« wieku dziecięcego. Zapadają na nią najczęściej dzieci małe, szczególnie w wieku od 12 do 18 miesięcy, zdarza się ona jednak i u starszych. W następstwie zmian chorobowych, jakie powstają w przednich rogach rdzenia, a niekiedy opuszki i innych części osi mózgowo-rdzeniowej i nawet kory mózgowej, rozwijają się w tej chorobie mniej lub więcej liczne wiotkie porażenia i zaniki mięśni kończyn, tułowia, szyi, twarzy i t. p., o ile sprawa chorobowa nie skończy się przedtem poronnie albo śmiertelnie.

Po okresie badań klinicznych, rozpoczętym przez Heinego, nastąpił okres badań anatomo-patologicznych całego szerego uczonych, z pośród których Strümpell, badając zmiany w układzie nerwowym dzieci, zmarłych z powodu porażenia dziecięcego, doszedł do przekonania, iż rdzeniowe porażenie dziecięcie jest cierpieniem, identycznem z porażeniem mózgowem. Jednocześnie Strümpell i Marie, zastanawiając się nad podobnie przebiegającymi obrazami klinicznymi obydwu tych cierpień (ostry początek, drgawki, gorączka, wymioty, zaburzenia trawienia i t. p.), pierwsi wypowiedzieli zdanie, iż czynnikiem chorobotwórczym w dwóch tych różnych na pozór (zależnie od siedziby czynnika chorobotwórczego w układzie nerwowym) cierpieniach jest zakażenie wywoływane przez tensam zarazek. Lecz kiedy Strümpell, zgodnie z Charcotem, widząc pierwotnie zmiany chorobowe jedynie w szarej substancyi osi mózgowo-rdzeniowej, dopatrywał się w omawianej chorobie cierpienia nerwowego samoistnego, usystematyzowanego (głównie przednich rogów rdzenia), to Marie, z którym zgodziło się wielu późniejszych badaczy (a także sam Strümpell w lat kilka), zwrócił uwagę na to, iż i w białej substancyi stwierdza się zmiany chorobowe; choroba ta więc jest cierpieniem ogniskowem, nieusystematyzowanem. Ostre porażenie rdzeniowe dziecięce zależy od ostrej sprawy zapalnej pochodzenia naczyniowego, co podkreśla zwłaszcza Marie, wykazując, iż rozmieszczenie ognisk zapalnych idzie za rozmieszczeniem centralnych tętnic lub tętnic korzeniowych przednich wewnątrz rdzenia. Zmiany chorobowe stwierdzono w całym szeregu przypadków nietylko w rdzeniu, ale i w opuszce, w moście, w odnogach mózgowych i t. p. Jednakże, o ile jedni całą sprawę uważają za rozsiane zajęcie rdzenia i opon, inni (zgodnie poniekąd z poglądem Charcota) twierdzą, że punktem wyjścia wszelkich następnych zmian anatomo-patologicznych są komórki ruchowe przednich rogów rdzenia (Wiesner, Landsteiner, Levaditi, w ostatnich czasach Zappert i inni). Analizując prace całego szeregu badaczy, Bychowski podziela pogląd tej drugiej grupy badaczy. — Jakiegoż rodzaju są te zmiany? W wykładzie Zapperta na Zjeździe międzynarodowym pedyatrów r. 1912 w Paryżu, znajdujemy między innemi odpowiedź i na to pytanie. U dzieci, zmarłych z powodu ostrego zapalenia przednich rogów, Zappert, Wickman, Landsteiner, Levaditi, Müller i inni stwierdzają mikroskopowo surowicze przesiąknięcie i przekrwienie rdzenia, w stopniu zaś mniejszym opuszki i mostu; widać też w tkance nerwowej pojedyncze wybroczynki, niekiedy plamki o zabarwieniu różowem i żółtawem. Dolne odcinki rdzenia są dotknięte zazwyczaj silniej, niż górne. Najsilniej dotknięte bywa zgrubienie lędźwiowe rdzenia. Również w substancyi korowej spotyka się niekiedy obrzęk surowiczy, przekrwienie. Badanie drobnowidowe wykazało w świeżych przypadkach zmiany anatomiczne o charakterze zapalnym w rdzeniu kręgowym, opuszce, rzadziej w mózgowiu. Te zmiany znamionują się naciekiem zapalnym, występującym w około naczyń. Opony mózgowe wyjątkowo tylko bywają naciekłe. Wśród komórek okrągłych, tworzących ogniska zapalne, najwybitniejszą rolę odgrywają jednojądrzaste limfocyty. We wszystkich przypadkach stwierdzono zwyrodnienie i zmiany odżywcze elementów nerwowych. W przypadkach zupełnie świeżych i w najpierwszych wogóle chwilach porażeń, jakie dadzą się uchwycić w doświadczeniach u zwierząt, trzeba przypuścić, iż jad przenika, szczególniej w przypadkach ciężkich, naprzód do komórek nerwowych, które ulegają zmianom i neuronofogii, zanim jeszcze nastąpią nacieki w około naczyń. Mózgowie dotknięte bywa sprawą zapalną na ogół mało. Stwierdza się prawie zawsze zmiany w przypadkach świeżych jeszcze w zwojach rdzeniowych. Nerwy obwodowe w świeżych przypadkach pozostają nietknięte. W innych narządach wewnętrznych zmiany są takie same, jakie bywają w ogóle w chorobach zakaźnych. Niezaprzeczalnie zaraźliwy charakter porażenia dziecięcego ustalił pierwszy Medin w r. 1890 i 1898. Przypadki porażenia rdzeniowego dziecięcego traciły mianowicie coraz więcej charakter sporadyczny, a w latach 1890 i 1896 pojawiły się w Szwecyi, zwłaszczu w Sztokholmie, gromadnie jako epidemie, zbadane i opisane przez Medina niezmiernie dokładnie pod względem nietylko klinicznym i anatomo-patologicznym, lecz przedewszystkiem epidemiologicznym.

Odtąd zaczął się trzeci okres badań porażenia dziecięcego, okres bakteryologiczny. Gromadne zachorowania w Szwecyi zjawiają się po raz pierwszy już właściwie w r. 1881, kiedy stwierdzono 18 przypadków tej choroby (w Umea-Bergenholz). Od tej pory z każdym rokiem mnożą się stopniowo doniesienia lekarzy ze wszystkich nieomal krajów Europy zachodniej i Stanów Zjednoczonych północnej Ameryki o tej epidemii. Nietylko też zwiększa się coraz bardziej zakres wiadomości anatomo patologicznych, lecz przedewszystkiem przeprowadzane są bardzo liczne i bardzo pomysłowe badania właściwości zarówno samej choroby, jak i jej epidemii. Przekonywano się coraz bardziej, że owo opisane przez Heinego ostre porażenie dziecięce, czy ostre porażenie mózgowe Strümplla, są właściwie wyrazem pewnych odmian nagminnej choroby Heine-Medina. Okazało się, że takie nazwy, jak »paralysis infantilis« i »paralysis, cerebralis«, czy »poliomyelitis« i »polioencephalitis« nie obejmują całości obrazu chorobowego; to też drugi szwedzki uczony, Wickman, który spostrzegał 1000 przeszło przypadków nagminnego porażenia dziecięcego, proponuje nazwę choroby Heine-Medina. Nazwa ta zyskała w nauce prawo obywatelstwa.

Badania epidemiologiczne, rozpoczęte przez Medina,

Wickmana, kontynuowane wciąż przez klinicystów i bakteryologów wszystkich nieomal krajów cywilizowanych, dowiodły i wciąż dowodzą, że epidemie choroby Heine-Medina poprzedzane są zazwyczaj nielicznie występującymi przypadkami, małemi epidemijkami w latach, poprzedzających wybuch dużej epidemii, jak to właśnie było n. p. w Szwecyi i Ameryce północnej, co, być może, niestety i my zobaczymy w naszym kraju. Dalej badania wykazały, że chorobie tej ulegają przeważnie dzieci małe, najwięcej do 4. roku życia, że epidemia najsilniej grasuje w lecie i na jesień (choć zdarzają się również liczne przypadki i w zimie), że odporność względem niej jest na ogół znaczna, bo w czasie największych epidemii zapadało na nią 1 na 5000—6000 ludności. Raz przebyte cierpienie chroni przed powtórnem zapadnięciem już na całe życie. Śmiertelność w czasie epidemii bywa różna; w Szwecyi oraz w Ameryce północnej dochodziła nieraz do 15%, nawet do 20%; u nas w okolicach Warszawy w r. 1911 wynosiła według dr Biehlerowej tylko 3·09%. Najgorszem jest jednak to, iż choroba Heine-Medina niezmiernie często pozostawia po sobie bardzo smutne następstwa, odbierające niekiedy nawet zdolność do pracy.

Sposób szerzenia się epidemii, pomimo licznych i bardzo cennych badań Wickmana i innych epidemiologów, nie został ostatecznie całkowicie wyjaśniony, między innymi dlatego, iż dotąd nie znamy zarazka, wywołującego tę chorobę. Jednakże ta okoliczność, iż szczepiąc małpom cząstki rdzenia dzieci, zmarłych z choroby Heine-Medina, powiodło się wywołać u nich prawdziwy obraz tej choroby (co po raz pierwszy osiągnęli Landsteiner i Popper), dowodzi niezaprzeczalnie zakaźnego jej charakteru. Poznano nawet wiele cech tego zakaźnego jadu, który pod wieloma względami ma przypominać jad wścieklizny; stwierdzono również, że jad choroby Heine-Medina wywołuje w chorym ustroju powstawanie niweczników, których obecność może mieć wielkie znaczenie zarówno dla samego chorego ustroju, jak i dla dalszych badań, n. p. przy rozpoznawaniu postaci choroby Heine-Medina t. zw. poronnych, porażeń niewiadomego pochodzenia i t. p. Powiodło się dalej przez doświadczenia na małpach wykazać, iż jad porażenia rdzeniowego dziecięcego przenika z miejsca szczepionego do rdzenia drogą najkrótszą. Landsteiner i Levaditi, wstrzykując jad do jamy nosowej, stwierdzali w pierwszej linii porażenie opuszki węchowej (bulbus olfactorius). Przy szczepieniu jadu do przewodu pokarmowego występowało porażenie w części tylnej, zaś do narządów oddechowych w przedniej i t. p.

Zachodzi teraz pytanie, którędy wnika do ustroju jad u ludzi? — Myślą o przewodzie pokarmowym, gardle, narządach oddechowych, ponieważ na początku zachorzenia zdarzają się u dzieci zaburzenia jelitowe, zapalenie gardła, nieżyt oskrzeli. Według Wickmana wrotami zakażenia jest u człowieka przewód pokarmowy, zdaniem innych — narządy oddechowe. Müller podaje w referacie swoim (Międzynarodowy Zjazd pedyatrów w Paryżu 1912), że wrotami zakażenia u ludzi jest górny odcinek dróg oddechowych i przewód pokarmowy. Możliwe jest zakażenie bezpośrednie przez plwocinę chorego, lub za pośrednictwem osób trzecich (roznosicieli zarazka). Szerzenie się zakażenia za pośrednictwem zwierząt, u których zdarza się choroba podobna (choroba Borna u koni) nie jest prawdopodobne; również przeciwko przypuszczeniu, by zarazek roznosiły owady, przemawia szerzenie się epidemii nieraz w zimie, gdy owadów niema.

Skoro zarazek przeniknie do ustroju ludzkiego tą lub inną drogą, działa on wkrótce i w stopniu różnym na tkankę osi mózgowo-rdzeniowej i daje bardzo różnorodny obraz chorobowy. Jako sprawa zakaźna, przebiega choroba Heine-Medina chorego przez wszystkie te okresy, jakie w ogóle są właściwe wszystkim chorobom zakaźnym, a więc okres wylęgania, okres zwiastunów i t. p. Okres wylęgania u małp szczepionych trwa od 3 do 15, a niekiedy do 33, a nawet 46 dni (Leiner i Wiesner); u człowieka, u którego chwili zakażenia nigdy nie można napewno ustalić, można sądzić jedynie ze spostrzeżeń, dotyczących kilku członków tej samej rodziny, iż okres wylęgania wynosi od 5 do 10, a nawet 14 dni. Okres ten na ogół przebiega bardzo niewyraźnie lub nawet bez żadnych objawów klinicznych.

Po tym okresie we wszystkich prawie przypadkach choroby Heine-Medina następuje okres zwiastunów, poprzedzających wystąpienie porażeń. Niekiedy ten drugi okres zaznacza się tak słabo, iż uchodzi uwagi, czem też należy sobie tłomaczyć istnienie t. zw. porażenia porannego Westa, kiedy dziecko kładzie się spać zdrowe, a budzi się już z porażeniem. Z objawów zwiastunowych wymienić należy przedewszystkiem gorączkę, występującą zwykle po jednorazowych dreszczach. Tor gorączki bywa stały albo zwalniający (38°—38·5°, niekiedy 39°—40°); czas trwania kilkudniowy; ze zjawieniem się porażeń ciepłota zazwyczaj opada. Wraz z gorączką występują prawie zawsze objawy bądź to ze strony przewodu pokarmowego (wymioty, rozwolnienie, niekiedy zaparcie stolca), bądź też ze strony narządów oddechowych (ostre zapalenie gardła i krtani, ostre nieżyty oskrzeli i nawet nieżytowe zapalenie płuc); zjawiają się też wysypki podobne do płonicy, lub niekiedy do odry (objawu Koplika wszakże nie bywa); natomiast opryszczki (herpes labialis) należą w chorobie Heine-Medina do największych rzadkości (w nagminnem zapaleniu opon mózgowych zjawisko to częste!). Do objawów tego okresu, bardzo znamiennych, należy niezwykle silne pocenie się już w pierwszym dniu choroby: »Po wytarciu potu można było spostrzegać w niektórych przypadkach natychmiastowe zjawienie się świeżych kropelek« (Müller). Zdaniem Müllera poty występują niekiedy już wówczas, kiedy jeszcze niema innych objawów chorobowych. Müller przypisuje także nieomal znamienne znaczenie spostrzeganej przez siebie w niektórych przypadkach leukopenii, przeciw czemu przemawiają badania innych autorów, którzy znajdowali nawet zwiększenie się liczby białych ciałek krwi. Badania w sprawie tej, przeprowadzone przez Matyldę Biehlerową i Wacława Biehlera podczas epidemii w r. 1911 w okolicach Warszawy i w samej Warszawie wykazały, iż »w ostrem porażeniu rdzenia stwierdzono nieznaczne powiększenie ilości białych ciałek w okresie porażeń, natomiast wybitne zmniejszenie w okresie przedporaźnym (3000—4800)«. W tym też okresie wśród »objawów nerwowych« ogólnej natury (apatya, ospałość, senność, bole głowy i t. p.) wszyscy autorzy zwracają uwagę na nadzwyczajną nadczułość (według Müllera w 90% przypadków); dzieci nietylko nie dają się podnieść, ale lekkie już dotykanie skóry wywołuje silny ich protest

Jeszcze kilka słów o wynikach nakłucia lędźwiowego w tym okresie. Zauważono tu przedewszystkiem wysokie ciśnienie płynu; nas praktyków interesować może ta okoliczność, iż płyn mózgowo-rdzeniowy tak dla gołego oka, jak i drobnowidowo (przezroczysty, komórki jednojądrzaste bardzo nieliczne) nie zbacza tu od obrazu prawidłowego, czem różni się wybitnie od płynu mózgowo-rdzeniowego w nagminnem zapaleniu opon.

Jednakże pomimo tych cech, właściwych chorobie Heine-Medina w okresie zwiastunów, rozpoznanie w tym czasie niezawsze jest łatwe; bywa ono wprost nawet trudne w przypadkach sporadycznych. Wówczas rozpoznanie n. p. grypy (influenzy), która potrwa kilka dni, lub ostrej niestrawności i t. p. zdarza się dość często, a jedynie wzgląd na panującą epidemię zapalenia rogów przednich rdzenia i wymienione tylko co wczesne poty, nadzwyczajna nadczułość całego tułowia, a po części może i leukopenia, mogą naprowadzić na właściwe rozpoznanie. — Dokładna znajomość okresu zwiastunów jest zdaniem Bychowskiego szczególnie ważna z tego względu, że często sprawa chorobowa zatrzymuje się na tym okresie, nie dając w ogóle żadnych, przynajmniej dla oka widocznych porażeń. Istnienie takich przypadków poronnych udowodnił Wickman

niezbicie przez spostrzeżenia u członków jednej rodziny: w jednym i tym samym czasie dzieci jednej rodziny zapadały na ogólne objawy zwiastunowe, ale kiedy jedne z nich ulegały porażeniom, to inne powracały do zdrowia, nie przechodząc porażeń. Serologiczne i anatomo-patologiczne badania u małp, u których również spostrzegano poronne postacie choroby Heine Medina, potwierdziły słuszność tego spostrzeżenia. A tylko przez takie poronne przypadki, których zależnie od miejscowości bywało od 30 do 50%, mógł Wickman ustalić ciągłość epidemiologiczną w wielu okolicach Szwecyi.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Z II oddziału c. i k. Szpitala garnizonowego w Krakowie. (Komendant szpitala: C. k. star. lek. sztabowy Dr Wł. Michl).

O uszkodzeniach postrzałowych kręgosłupa

podał

Dr Jan Ożga

dyrektor szpitala w Turce n. Stryjem, obecnie c. i k. lek. asyst. pospolitego ruszenia.

(Wykład na posiedzeniu lekarzy fortecznych d. 17 lipca 1915 r. w Krakowie)

W czasie wojny, a raczej — jak ją nazwał jeden z chirurgów — w czasie »epidemii ran postrzałowych«, gdy przeciwnicy dążą wzajemnie do uczynienia jak największej liczby żołnierzy niezdolnymi do walki, sztuka lekarska działa przeciwnie: usiłuje naprawić szkody, wywołane na zdrowiu każdego żołnierza, usiłuje wyleczyć go i uczynić zdolnym do dalszych walk. Przedewszystkiem jednak wielkie zadanie ma do spełnienia chirurgia, musi bowiem leczyć najcięższe następstwa ran, musi toczyć walkę z zakażeniem i ciężkiemi następstwami ropienia.

Do ran wojennych najcięższych należą postrzały kręgosłupa w tych przypadkach, gdy ulega obrażeniu rdzeń kręgowy. Postrzały w kręgosłup bywają przytem często powikłane uszkodzeniem narządów klatki piersiowej, brzucha i miednicy.

Najważniejszym i najbardziej charakterystycznym objawem chorobowym uszkodzeń rdzenia są porażenia. Są one w początkowych okresach po urazie zawsze wiotkie. Przy określaniu poziomu zranienia rdzenia trzeba pamiętać o tem, że rusztowanie kostne kręgosłupa jest dłuższe, aniżeli rdzeń kręgowy, że zatem kręgi nie odpowiadają odcinkom (segmentom) rdzenia. Toteż porażenia zaraz po urazie dotyczą części ciała, zależnej od odcinka rdzenia, położonego poniżej uszkodzenia. Tak więc n. p. w przypadkach uszkodzeń części szyjnej powstają porażenia wszystkich kończyn (quadriplegia) oraz mięśni tułowia i zniesienie czucia w tych dziedzinach. Przy uszkodzeniu niższem dziedziny porażone są odpowiednio mniejsze. W początkowych okresach porażenia nawet odruchy są zniesione. Jeżeli rdzeń przerwany jest zupełnie, stan ten pozostaje aż do nieuniknionej śmierci rannego. Jeżeli przerwania niema, stan powoli się poprawia, ucisk wywierany na rdzeń czyto przez wylew krwi, czy odłamki, może osłabnąć i pojawiają się najpierw odruchy. Stopniowo odruchy się wzmagają, nabierają cech odruchów spastycznych (drganie stopy i t. d.) i rozwija się obraz porażenia kurczowego. Stan ten odpowiada uciskowi na rdzeń z osłabieniem hamującego wpływu ośrodków korowych na ośrodki automatyczne rdzenia. Wpływ ten, jak wiadomo, idzie drogą pęczków piramidowych w przednio-bocznych powrózkach rdzenia. Że porażenia kurczowe nie powstają odrazu po urazie, ale dopiero po pewnym czasie trwania ucisku na pęczki piramidowe, objaśnia się częściowo urazowym wstrząsem ośrodków rdzeniowych, częściowo zaś upośledzającem działaniem obrzęku pourazowego na te ośrodki. Jeżeli ucisk na rdzeń stopniowo znika sam przez się, lub usunięty zostanie operacyjnie, wówczas może nastąpić powrót do stosunków prawidłowych.

Muszę dodać, że klinicznie nie możemy w okresach początkowych odróżnić przypadków, w których rdzeń jest przerwany, od przypadków, w których rdzeń jest tylko uciśnięty. Różnica ta występuje dopiero znacznie później razem z pojawianiem się stanu kurczowego, względnie stopniowego powrotu do stanu prawidłowego. Przy uszkodzeniach ogona końskiego stwierdzamy, zależnie od tego, w jakiej wysokości ono leży, porażenia z zanikami w zakresie n. p. nerwu udowego lub kulszowego, rozpromienianie się bólów i asymetryę objawów ruchowych i czuciowych, ponieważ nie wszystkie włókna ulegają uszkodzeniu. W związku z temi porażeniami pozostają dalsze objawy, a to: ze strony pęcherza moczowego — zatrzymanie lub mimowolne odchodzenie moczu; ze strony przewodu pokarmowego zaparcie stolca lub ciągłe rozwolnienia; wreszcie zaburzenia w czuciu. Ponieważ kręgi nie odpowiadają odcinkom rdzenia, przeto miejsce urazu w kręgosłup nie schodzi się ze zmianą anatomo-patologiczną w rdzeniu. Zmiana ta może być rozleglejszą, czy to skutkiem obsunięcia się kuli, czyteż wylewu krwi. Z tego powodu konieczne jest badanie czucia, gdyż daje ono dokładne pojęcie, jak daleko sięgają zmiany w rdzeniu.

Siedzibę kuli lub odłamków kości w kanale kręgowym najdokładniej oznacza badanie promieniami Röntgena. Ale rozmiary zmian w rdzeniu wskutek wylewu krwi lub spraw zapalnych, wywołujących »obrzęk« rdzenia, jakoteż oznaczenie stopnia poprawy w tych przypadkach, daje się dokładnie stwierdzić tylko badaniami czucia.

Uszkodzenie rdzenia może być: 1) uszkodzeniem połowiczem z objawami Brown-Séquarda; 2) zupełnem poprzecznem zmiażdżeniem, które pociąga za sobą wiotkie porażenie kończyn, zupełne zniesienie czucia, oraz zmiany w odżywieniu; 3) częściowem uszkodzeniem, gdy czynności nerwów w pewnym nieznacznym stopniu zostają upośledzone, n. p. niedowłady kończyn są lżejsze, zmiany w czuciu objawiają się jako zdrętwienie lub mrowienie, a czynność pęcherza także w pewnej mierze jest utrzymana.

W przypadkach uszkodzeń kręgosłupa badamy: 1) czy istnieje jaka wyniosłość lub spłaszczenie kręgów, trzeszczenie, gdzie jest największa bolesność; 2) jak się zachowują ruchy kończyn, czucie i stan pęcherza moczowego.

Od początku wojny obecnej po koniec czerwca 1915 leczono w tutejszym szpitalu garnizonowym 32 przypadki postrzałów w kręgosłup. Od kuli karabinowej było 24, od szrapnelowej 8 uszkodzeń. Szyjna część kręgosłupa była zraniona w 3 przypadkach, piersiowa w 17, lędźwiowa w 8, krzyżowo-ogonowa w 4. Chorzy zostali przywiezieni najwcześniej w 5 dni, najpóźniej w 20 dni po zranieniu. Przeważnie byli to chorzy już z odleżynami, które w niektórych przypadkach dochodziły 20 cm średnicy. Operacyjnie zapomocą laminektomii leczono 7 rannych, zachowawczo 25. Co do kierunku strzału, to w przeważnej liczbie przypadków położenie wlotu względem wylotu było skośne; kula, wchodząc przez otwór między wyrostkami poprzecznymi lub łamiąc je, poczęści z jednej strony, przebiegła następnie niżej lub wyżej w stosunku do wlotu, łamiąc wyrostki drugiej strony i zwiększyła przez to pole obrażeń. W kilku przypadkach w części lędźwiowej kręgosłupa przebiegał kanał postrzałowy poprzecznie pomiędzy wyrostkami tak, że wlot i wylot leżały na tej samej wysokości naprzeciw siebie. W 2 przypadkach kula tkwiła w samym kanale kręgowym w części piersiowej; w 2 przypadkach tylko ostry koniec kuli, przedziurawiwszy nieco oponę, tkwił w świetle kanału kręgowego; w 2 przypadkach tkwiła kula między wyrostkami poprzecznymi kręgów, a koniec kuli w świetle kanału kręgowego, nie kalecząc opony rdzeniowej; w 1

przypadku znajdował się w kanale odłamek kości, długości 1 cm., wbity w rdzeń.

Z przypadków leczonych operacyjnie zmarło 5, jeden w stanie polepszenia odesłany został pociągiem szpitalnym, jeden pozostaje w leczeniu. Z leczonych zachowawczo zmarło 16, a 9 odesłano z polepszeniem. Jeżeli przyjmiemy, że chory odesłany i ten chory, który jeszcze pozostaje w leczeniu, wyzdrowieją, to przy operacyjnem leczeniu wynosi śmiertelność 71·4%, a przy zachowawczem 64%. Odsetka przy leczeniu zachowawczem będzie niewątpliwie większą, gdyż musimy przypuścić, że niektórzy z odesłanych zmarli. Wynikałoby stąd, że wynik leczenia operacyjnego i zachowawczego są mniej więcej równe. Śmiertelność przy tych zranieniach w czasie wojny bałkańskiej wynosiła przeszło 80%, z czego widać, że postrzały w kręgosłup stanowią najsmutniejszy dział chirurgii wojennej. Najwcześniej umierali chorzy z uszkodzeniem szyjnej części kręgosłupa. Śmierć w przypadkach postrzałów w kręgosłup, u nas leczonych, występowała w okresie 7—65 dni po zranieniu, głównie z powodu posocznicy lub zapalenia nerek i miedniczek.

W tutejszym szpitalu trzymaliśmy się dotychczas w leczeniu przeważnie wojennej zasady zachowawczej. Operacyjne natomiast leczenie stosowano w tych przypadkach, nie bardzo zaniedbanych i pozwalających rokować lepiej, w których pocisk tkwił w kanale kręgowym lub między wyrostkami kręgowymi albo w trzonie kręgu, wreszcie wtedy, gdy odłamki kości, badaniem rentgenologicznem stwierdzane, znajdowały się w kanale kręgowym, wywołując ucisk rdzenia. Najwcześniej mieliśmy sposobność wykonać laminektomię w 6, a najpóźniej w 10 dni po zranieniu, co zależało od tego, w jakim czasie przywieziono rannego z placu boju. Po operacyi zakładano choremu wyciąg z przeciwwyciągiem. Gdy zaś przypuszczaliśmy, że przyczyną zaburzeń ze strony rdzenia był wylew krwi lub obrzęk w rdzeniu lub w jego otoczeniu, wyczekiwaliśmy, czy skutkiem wessania nie nastąpi polepszenie. Po kilkunastu dniach, gdy nie widać polepszenia, można podjąć zabieg operacyjny, gdy ocena »za« i »przeciw« pozwala spodziewać się poprawy po operacyi.

W postępowaniu zachowawczem, objawowem, należy starannie leczyć odleżyny, a przedewszystkiem zapobiegać ich powstawaniu. W tym celu stosuje się kąpiele, o ile to możliwe, i umieszcza się chorych w łóżku wiszącem. Zaburzenia ze strony jelit zwalcza się, zależnie od objawów, jużto podawaniem nalewki makowca, jużto lawatywami. Zapalenie pęcherza moczowego leczymy przepłukiwaniami rozczynem kwasu borowego 3%, rozczynem fizyologicznym soli kuchennej przy moczu krwawym, w razie zaś ropnego moczu wprowadzaniem zawiesiny jodoformu w płynnej parafinie po przepłukaniu pęcherza. Mimo zachowania największej czystości przy cewnikowaniu przecież nie udaje się najczęściej zapobiedz zakażeniu pęcherza i górnych dróg moczowych. Zakażenie pęcherza występuje jako skutek zmniejszonej jego odporności przy porażeniu. Z pęcherza zakażonego przy jego przepełnieniu może zakażenie łatwo przejść do moczowodów i wyżej do miedniczek i nerek. Przy pęcherzu pustym mechanizm, zamykający wyloty moczowodów w ich skośnem przejściu przez ścianę pęcherza, działa lepiej i dlatego łatwiej jest zapobiedz zakażeniu wstępującemu przez założenie cewnika na stałe, niż przez okresowe odprowadzanie moczu.

W pewnych przypadkach niezaniedbanych uszkodzeń kręgosłupa i rdzenia mogłoby znaleść zastosowanie szerokie otwarcie rany i sączkowanie, jak na to wskazuje następujący przypadek:

S. S. z postrzałem piersiowej części kręgosłupa, przywieziony do szpitala w 20 dni po zranieniu z następującymi objawami: Wiotkie porażenie kończyn dolnych, zupełne zniesienie czucia, mimowolne odchodzenie moczu i kału, zmiany odżywienia na dolnych kończynach, odleżyna w okolicy krzyżowej 20 cm średnicy, ciepłota 40°. Zejście śmiertelne. Przy sekcyi znaleźliśmy na wysokości 8. kręgu piersiowego w oponie rdzeniowej otwór około 3 mm na granicy bocznotylnej, a po rozcięciu opony ograniczone ropne zapalenie naokoło rdzenia, sięgające nieco wyżej i niżej otworu w oponie, a zajmujące wogóle przestrzeń 1½ kręgu. Ze względu na ograniczony ropny stan zapalny byłoby wskazane sączkowanie i gdyby się udało opanować to ropienie, to pozostałe porażenia byłyby przedmiotem dalszego leczenia, czy chirurgicznego, czy neurologicznego.

W związku z leczeniem postrzałowych uszkodzeń kręgosłupa pozostaje sprawa transportu takich rannych. Z powodu ciężkości uszkodzeń chorzy tacy powinni być jak najrychlej z placu boju przewożeni do szpitala, w którymby znaleźli należytą opiekę i mogli być odpowiednio leczeni. Podczas przewożenia nie powinien rdzeń kręgowy doznawać żadnych obrażeń, do czego mogłyby służyć przyrządy, ustalające kręgosłup wraz z głową i miednicą (duże opatrunki gipsowe).

Wobec dość znacznej liczby przypadków uszkodzeń kręgosłupa w obecnej wojnie, byłoby pożądane, ażeby ci lekarze, którzy mają sposobność leczyć te uszkodzenia, zdali sprawę ze swych spostrzeżeń celem ustalenia zasad w leczeniu takich przypadków. Możeby w ten sposób udało się poprawić smutną statystykę zranień kręgosłupa.

Nasze doświadczenie zdaje się przemawiać za poglądem, że o ile po 3—6 tygodniach leczenia zachowawczego niema poprawy, należy miejsce zranienia odsłonić na drodze operacyjnej. Jeżeli się okaże, że rdzeń jest ciężko uszkodzony, chory jest w każdym razie stracony i nic mu operacya nie może zaszkodzić. Natomiast, jeżeli objawy pochodzą tylko z ucisku, czy to pociskiem, czy odłamkami kości, czy krwiakiem, zwłaszcza zewnątrzoponowym, możemy chorego przez operacyę uratować. Rozpoznanie stanu sprawy w rdzeniu na podstawie objawów bez bezpośredniego obejrzenia jest, jak zaznaczyłem wyżej, niemożliwe. Nadal więc skłonni będziemy częściej wykonywać próbne odsłonięcia rdzenia, na prawach podobnych, jakie uzyskała próbna laparotomia. Oczywiście zdajemy sobie sprawę z tego, że postępowanie to nie może być szeroko stosowane, popularne, że do stanowiska tego niezbędny jest fachowy chirurg i dobry zakład leczniczy z odpowiednią aseptyką i urządzeniami technicznemi.

Ze szpitala powszechnego w Nowym Targu.

Rzadki przypadek niedokształcenia części płciowych kobiecych

(Atresia hymenalis, haematocolpos, haematometra, agenesia unius labii minoris)

podał

Dr. Wilhelm Türschmid

kierownik szpitala

Wedle Nagla i Veita wszystkie zarośnięcia (atresiae), narządu płciowego kobiecego mają powstawać na tle zapalnem, czy to na tle przebytej w dzieciństwie płonicy, błonicy, odry, wiewióra i innych chorób zakaźnych, czy też na tle zakażeń, przebytych jeszcze w życiu śródmacicznem. Rzeczywiście też w przypadkach takich zarośnięć bądź to dokładniejsze wywiady wykrywały przebycie spraw zapalnych, bądź też mikroskopowe badanie zamkniętej błony dziewiczej lub też części zarosłej pochwy wykazywało tę tkankę bliznowatą, świadczącą o przebytych stanach zapalnych (Henkel, Bulius), to ogniska toczących się jeszcze zapaleń. Wywiady i doświadczenie pedyatrów dowodziły też, że w wielu przypadkach po płonicy lub odrze tworzą się następowo bliznowate zwężenia lub zarośnięcia dróg płciowych kobiecych i połączone z tem krwiaki śród-

pochwowe (haematocolpos), śródmaciczne (haematometra) lub w jajowodach (haematosalpinx) w okresie dojrzałości płciowej. Pogląd Nagel-Veita, tłómaczący zarośnięcia dróg płciowych kobiecych przebyciem zapaleń, zyskał sobie większość, choć nie brak i innych tłómaczeń. I tak Kermauer uważa zarośnięcia wrodzone za skutek martwicy pewnych grup komórek jeszcze w życiu płodowem, a Aubert wypowiedział niedawno zdanie, że zarośnięcia takie są skutkiem zlepiania się złuszczonych komórek pochwy, zamykających włosowaty otwór błony dziewiczej.

Pogląd Nagel-Veita rzeczywiście nie da się zastosować do wszystkich bez wyjątku przypadków zarośnięcia dróg płciowych kobiecych, bo zdarzają się niewątpliwie przypadki zboczeń rozwojowych nie na tle zapalnem, które w ostatecznym wyniku wiodą do zarośnięcia pochwy, macicy lub jajowodów.

Objawy chorobowe zarośnięć dróg płciowych kobiecych, a w szczególności zarośnięcia błony dziewiczej i pochwy, występują zwykle dopiero w okresie dojrzałości płciowej, kiedy to krew krwawień miesiączkowych, nie znajdując odpływu, gromadzi się w pochwie, macicy, lub jajowodach, i wywołuje kliniczny obraz krwiaka śródpochwowego, śródmacicznego lub jajowodowego. Oprócz takich krwiaków, powstających po rozpoczęciu się miesiączkowania, opisywano przypadki, gdzie wyraźne kliniczne objawy zarośnięcia dróg płciowych występowały już we wczesnem dzieciństwie lub nawet u noworodków w postaci puchliny pochwy (hydrocolpos), macicy (hydrometra) lub jajowodów (hydrosalpinx) [Bunzel, Haase].

Krew, gromadząca się w narządzie płciowym, nie znajdując odpływu zwykłą drogą, wydostawać się może przez ujście brzuszne jajowodu do jamy otrzewnej i wywoływać tutaj zrosty zapalne i krwawe podbarwienie otrzewnej, spostrzegane niekiedy w takich przypadkach przy zabiegach operacyjnych lub na sekcyach. [Zanders, Henry Russel].

Rozpoznanie zarośnięcia dróg płciowych kobiecych, szczególniej w okresie dojrzałości płciowej, gdzie okresowo pojawiają się bóle miesiączkowe (molimina menstrualia), a brak miesiączek, krew zaś gromadzi się w pochwie lub macicy, nie sprawia zwykle żadnych trudności. Nie brak jednak takich przypadków, jak spostrzeżenie Monsiorskiego, gdzie zarośnięcie błony dziewiczej, nie rozpoznane przez czas półroczny po zamęściu, było przyczyną, że spółkowanie cały ten czas odbywało się przez cewkę moczową, — lub niedawno ogłoszony przypadek Baura, gdzie krwiak śródpochwowy i śródmaciczny wzięto za ośmiomiesięczną ciążę z bólami porodowymi.

Leczenie zarośnięć, a w szczególności błony dziewiczej i pochwy, jest tylko operacyjne. Zarosłą błonę dziewiczą lub pochwę przecina się w znieczuleniu miejscowem poprzecznie w kształcie krzyża + (jak radzi Schöder), lub litery H) (Martin, Hepner), poczem założyć należy celem uniknięcia następowych zwężeń szew obrąbkowy (Umsäumungsnaht Pronac). Po przecięciu należy zdaniem jednych autorów aseptycznie dokładnie wypłukać nagromadzoną krew, zdaniem innych nie przepłukiwać, ale pozwolić krwi samej odpłynąć; krew nagromadzona w pochwie i macicy nigdy nie krzepnie, lecz przemienia się w czekoladowaty gęsty płyn, który z łatwością sam odpływa. Operacyę wykonywać należy między dwoma okresami miesiączkowymi, poczem zalecić należy conajmniej tygodniowy spokój i leżenie w łóżku.

W szpitalu powszechnym w Nowym Targu miałem sposobność niedawno operować przypadek zarośnięcia dróg płciowych kobiecych, niewątpliwie wrodzonego, bo połączonego z bardzo rzadkiem niedokształceniem części płciowych zewnętrznych.

Anna G. lat 16, z Czarnej Góry (Węgry), przyjęta 16. XI. z. r. L. pr, 767. Od 4 miesięcy uczuwa chora raz w miesiącu bóle dołem brzucha, trwające przez 5—6 dni; bóle te w ostatnim miesiącu silnie się wzmogły, a chora zauważyła, że w brzuchu rośnie guz. W wywiadach niema przebytych żadnych chorób. Ojciec zdrowy, mieszka w Ameryce, rodzeństwo i matka zdrowi. Żadnych objawów zwyrodnień w rodzinie nie było.

Stan: Dziewczyna wzrostu średniego, odżywiona dobrze, gruczoły piersiowe i brodawka rozwinięte prawidłowo. Wymiary miednicy prawidłowe. Wargi sromowe większe i ich owłosienie prawidłowe. Warga sromowa mniejsza lewa niezwykłej wielkości, długa $6^1/_2$ ctm, wystaje na zewnątrz ze szpary sromowej. W a r g i s r o m o w e j m n i e j s z e j p r a w e j n i e m a. Błona dziewicza, ciemno-rożowa zarosła (hymen imperforatus), wypukla się ze szpary sromowej w postaci guza wielkości mandarynki; na całej wypuklonej przestrzeni chełbotanie. Brzuch w dolnej części wypuklony, linia środkowa nie zabarwiona. Ponad spojeniem łonowem przy obmacaniu stwierdza się guz, wychodzący z miednicy małej, zbaczający nieco na lewo, sięgający do pępka i dający stłumienie opukowe. Guz ten z kształtu jest podobny do macicy ciężarnej w VI miesiącu księżycowym. Przez odbytnicę stwierdza się od strony pochwy guz napięty, chełboczący, gubiący się w górze ku jamie brzusznej.

D. 17. XI. w znieczuleniu miejscowem wykonałem cięcie poprzeczne z dwoma bocznemi, kształtu litery H, przez błonę dziewiczą, nadmiernie grubą (7 mm), poczem pozwoliłem odpłynąć cieczy barwy czekoladowatej, bez zapachu, w ilości około $1^1/_2$ litra [Bakteryologiczne badanie cieczy dało wynik ujemny]. Cięcie w błonie dziewiczej obrąbiłem ciągłym szwem katgutowym. Guz w dolnej części brzucha znikł zupełnie. Badaniem przez pochwę przekonałem się, że szyjka maciczna brała udział w krwiaku śródpochwowym [jak się to zresztą ma dziać zawsze zdaniem Stratza i Tussenbroeck]. — Po dziewięciu dniach chora, zupełnie wyleczona, po bezgorączkowym przebiegu pooperacyjnym, opuściła szpital.

W przypadku tym zarośnięcie dróg płciowych niewątpliwie było wrodzone, bo łączyło się z niem bardzo rzadkie niedokształcenie części płciowych zewnętrznych, mianowicie brak jednej wargi mniejszej W dostępnem mi piśmiennictwie znalazłem jedynie pracę Levyego [Beiträge zur Anatomie und Pathologie der kleinen Labien. München 1904], który wśród 5290 przypadków raz tylko napotkał brak jednej wargi mniejszej. Wobec rzadkości takiego niedokształcenia zasługiwał i nasz przypadek na ogłoszenie.

Piśmiennictwo: 1) Treub: Centralbl. f. Gyn. (C. f. G.) 1900 Nr 1. — 2) Bulius: C. f. G. 1901. Nr 24. — 3) Monsiorski: Ibidem. Nr 41. — 4) Pincus: Praktisch wichtige Fragen zur Nagel-Veitschen Theorie. Leipzig 1901. — 5) Henkel: C. f. G. 1901. Nr 10. — 6) Bunzel: Prager m. W. 1900. Nr 31. — 7) Toth: C. f. G. 1902. Nr 15. — 8) Vagedes: Zur Aetiologie der Gynatresien. Diss. Breslau 1903. — 9) Wojciechowski: Przegląd lek. 1904. — 10) Roorda Smidt: C. f. G. 1905. Nr 3. — 11) Pelt: Ibidem. — 12) Kaufmann: Gazeta lek. 1904. Nr 10, 11.— 13) Levy: Beiträge zur Anatomie u. Pathologie der kleinen Labien. — 14) Dalmon-Monnet: C. f. G. 1906. Nr 25. — 15) Veit: C. f. G. 1906. Nr 20. — 16) Pincus: C. f. G. 1908. Nr 16. — 17) Zinsser: C. f. G. 1910. Nr 24. — 18) Skutsch: C. f. G. 1910. Nr 2. — 19) Ślęk: Tygodnik lek. 1908. — 20) Brown Müller Ref. C. f. G. 1911. — 21) Zander: Beiträge zur Kasuistik der Scheidenatresien. Diss. München 1908. — 22) Aubert: Revue de gyn. 1910. — 23) Haase: C. f. G. 1911. Nr 11. — 24) Henry Russel Andrews: Ref. C. f. G. 1912 Nr 1. — 25) Kermauer: Hegars Beitr. z. Geb. Bd XVIII. — 26) Baur: C. f. G. 1915. Nr 25.

Ze szpitala fortecznego Nr 2 w Krakowie.
(Komendant Dr Wachtel).

Uwagi co do sposobu pojmowania i oceniania przypadłości sercowych u żołnierzy w obecnej wojnie

podał

Dr Roman Glassner.

Według odczytu na posiedzeniu lekarzy wojskowych twierdzy krakowskiej.

Nauce i sztuce lekarskiej przypada w obecnej wojnie najszczytniejsze zadanie; nietylko bowiem mogą one nieść

ulgę ofiarom wojny, ale mogą również starać się o to, aby ranni uzyskali później pełną swą sprawność, a nie stali się politowania godnymi kalekami. To ważne, ale zarazem trudne zadanie spełniają gorliwie wszyscy, od omal bezimiennych szeregowców do rozgłośnych znakomitości lekarskich.

Literatura lekarska, powstała pod znakiem wojny, ma tę wspólną cechę, że nie ciąży na niej balast konstrukcyi teoretycznych, natomiast obfituje ona we wskazówki jaknajbardziej praktyczne, bezpośrednio służące dobru rannego czy też chorego żołnierza. Z natury rzeczy najwięcej prac przypada na chirurgię. W dziale chorób wewnętrznych najwięcej prac dotyczy chorób zakaźnych, a w drugim już rzędzie chorób serca i naczyń. Od 1 stycznia 1915 do końca października naliczyłem w czasopismach lekarskich niemieckich i austryackich około 30 artykułów o cierpieniach serca wśród żołnierzy.

Już z góry zaznaczyć należy, że w czasie wojny i jako skutek wojny nie ma odrębnych i nieznanych w pokojowych czasach cierpień; jest tylko inny stosunek w rodzajach cierpień. Dlatego też całą szeroką dyskusyę na temat, czy istnieją odrębne »wojenne« schorzenia serca (»Kriegsherz«) uważam za spór o pojęcie, a nie o treść.

Wśród chorych żołnierzy, skarżących się na przypadłości sercowe, bardzo mało jest wad zastawkowych, a przeważa liczba schorzeń, których przyczyn należy szukać w mięśniu sercowym, względnie w inerwacyi serca i naczyń. Pojęciem zaburzeń w inerwacyi serca posługuję się tu niechętnie, albowiem treść tego pojęcia jest bardzo zmienna i coraz częściej musimy wiele zjawisk z tego pojęcia wyłączać, a odnosić do całkiem innych i głębszych zmian. Słusznie też powiada Herz, że »nerwice serca stanowią odwrotną stronę medalu kliniki i patologii chorób serca; są one niejako rupieciarnią, do której się wszystko rzuca, czego ściśle określić nie możemy«. Ale o tem jeszcze później.

Przedmiotem moich wywodów będą przedewszystkiem te zaburzenia sercowe, które stoją w związku z olbrzymimi wysiłkami fizycznymi i psychicznymi, z niedostatecznem odżywianiem i brakiem snu, na co narażony jest żołnierz, biorący udział czynny w walkach. Wyłączam więc z góry zaburzenia sercowe, które są następstwem chorób zakaźnych, oraz przewlekłe sprawy na zastawkach, które uległy na wojnie zaostrzeniu. Czynię to naprzód dlatego, że odsetek takich zaburzeń jest stosunkowo mały, a powtóre, że zmiany na zastawkach jakoteż w mięśniu sercowym jako następstwo chorób zakaźnych są znane, jasne i zrozumiałe. Również nie będę mówić o tych przypadkach, w których zaburzenia sercowe tak przedmiotowe, jak i podmiotowe, należy odnieść do zaburzeń czynności gruczołu tarczowego.

Podzielmy wszystkich pozostałych chorych na 2 grupy zasadnicze: do pierwszej zaliczmy tych, u których badanie fizyczne stwierdza pewne zmiany, a do drugiej tych, u których dostępne badanie fizyczne jest ujemne.

Najczęstsze skargi podmiotowe są następujące: bicie serca, ból i kłucie w okolicy serca, ucisk pod mostkiem, lekki stopień duszności i zawroty głowy. Tego rodzaju określenia podmiotowych wrażeń podają tylko żołnierze, należący do warstw inteligentniejszych; żołnierze z warstw ludowych bardzo nieściśle i rozmaicie swe dolegliwości nazywają. Badanie fizyczne w przeważnej części tych przypadków wykazuje lekkie rozszerzenie serca prawego i lewego — częściej lewego, wbrew utartemu z czasów pokojowych zjawisku, że częściej prawe serce ulega rozszerzeniu — szmer nad koniuszkiem, podstawą, a jeszcze częściej w tem miejscu, gdzie się osłuchuje tętnicę płucną, czasem zdwojenie drugiego tonu nad podstawą; tam, gdzie niema wyraźnego szmeru, bywa zazwyczaj pierwszy ton nieczysty. Drugi ton nad tętnicą płucną nie jest zaostrzony, częściej natomiast jest drugi ton nad aortą nieco może głośniejszy. Czynność serca jest przeważnie przyspieszona, tętno drobne, szybkie, słabo napięte, ulegające nadzwyczajnym wahaniom. Co się tyczy niemiarowości, to jest ona stosunkowo rzadka; niekiedy da się zauważyć nieznaczna niemiarowość typu oddechowego lub ekstrasystolicznego. Ciśnienie krwi przeważnie nizkie. Podkreślam to dlatego, że przyzwyczajeni jesteśmy szermować nerwicami sercowemi, przy których według Treupla i Romberga ciśnienie jest zazwyczaj wzmożone, a z drugiej strony wpajano w nas, że i przy stwardnieniu tętnic, zwłaszcza w t. zw. przez Hucharda okresie »presklerozy«, jest również ciśnienie podniesione. — Tymczasem teraz, niejako na przekór, tak przy nerwicach, jak i przy stwierdzonem stwardnieniu tętnic (obdukcyjnie przez Mönckeberga) —, stwierdza się ciśnienie nizkie.

Jedną z nadzwyczajnie charakterystycznych cech jest owa zmienność tych wszystkich objawów; czasem nie można dać wiary, że stan, stwierdzony wczoraj, jest tak odmienny od stanu w dniu dzisiejszym. O zmienności w nasileniu, rodzaju i siedzibie szmeru możnaby napisać osobną rozprawę. Zachowanie się tętna łamie wszelkie zasady i wymyka się z przyjętego szablonu; pominąwszy bowiem zmienność, zachowuje się paradoksalnie tak, że u stojącego chorego jest nieraz wolniejsze, niż u leżącego lub siedzącego. Trwałego przyspieszenia nie zauważono, a te przypadki, w których się przyspieszenie stale utrzymywało, okazały się albo początkującą gruźlica, albo t. zw. Basedowoidem.

Taki jest obraz przeciętny. Niekiedy oczywiście bywa i inaczej; obraz bowiem kliniczny nie jest nigdy dogmatem.

Co do stwierdzanego rozszerzenia serca konieczne są pewne zastrzeżenia. Nie wolno zapomnieć, że wysokie ustawienie przepony lub wypełniony gazami żołądek, jak to bywa bardzo często u t. zw. łykaczy powietrza (Luftschlucker), mogą w ten sposób wpłynąć na ułożenie serca, że stłumienie bezwzględne zwiększa się w kierunku poprzecznym. Stwierdził to u całego szeregu swoich chorych Romberg.

Co do drugiej grupy chorych, u których badanie fizyczne nie daje podstawy do przyjęcia jakiegokolwiek schorzenia sercowego, to i tu musimy uczynić pewne zastrzeżenia, zanim przypadki takie zakwalifikujemy jako agrawacyę, lub jako nerwicę. Nader bowiem często niedokształt układu krążenia jest przyczyną bardzo przykrych dolegliwości podmiotowych, które zupełnie podkopują stan fizyczny i duchowy chorego. Mam przedewszystkiem na myśli ogólny niedokształt układu krążenia, oraz t. zw. »Tropfenherz« Krausa.

Wszystkie te przypadki, z tymi samymi objawami przedmiotowymi i podmiotowymi, spotykamy, i to nawet bardzo często, także wśród czasów pokojowych. Ale jeden objaw, szczególnie znamienny, występuje dość rzadko w czasach pokojowych u tego samego rodzaju chorych. Tym objawem jest niewątpliwie dające się stwierdzić rozszerzenie serca. Okoliczność ta budzi u wszystkich prawie autorów bardzo poważne refleksye i zmusza do krytyczniejszego stanowiska wobec »nieszkodliwości« owych zaburzeń czynnościowych, rzekomo bez tła anatomicznego.

Utrwaliło się już obecnie przekonanie, że wielkie wysiłki fizyczne, niebywałe urazy psychiczne, nienormalne odżywianie się, niedostateczny sen, w zbiorowem swem działaniu wywołują poważne zmiany w samym mięśniu sercowym. (Jakie to zmiany i jaką drogą powstają, to daje jeszcze szerokie pole do badań i dyskusyi). Edel, Magnus Lewy, Vollmer, Pick i inni utrzymują nawet, że przez wielkie wysiłki fizyczne może uledz uszkodzeniu przyrząd zastawkowy serca.

Jednakże i inne zjawisko wysuwa się na czoło i wzywa do wielkiej ostrożności i głębokiej rozwagi. Według Romberga »uderzającem zjawiskiem w obecnej wojnie jest zmniejszenie się liczby przypadłości sercowych przyrody czysto nerwowej«.

Jeśli z drugiej strony uwzględnimy olbrzymią wprost liczbę przypadłości sercowych u żołnierzy, to mimowoli nasuwa się pytanie, jakiej przyrody są te wszystkie przypadłości.

Jak już wspomniałem, prawie wszyscy autorzy godzą

się na to, że wysiłki wojenne czy pośrednio, czy to bezpośrednio uszkadzają mięsień sercowy; nie znając atoli istoty uszkodzenia, stwarzają różne nazwy, jak »Kriegsherz«, »Übermüdungsherz«, »Überanstrengungsherz«, »minderwertiges Herz«, »verbrauchtes Herz« i t. d.

Odgraniczenie przypadłości przyrody mięśniowej od nerwowej jest zagadnieniem bardzo trudnem. Już dawniej niektórzy, jak Gibson, Krehl, zamykają przypadłości mięśniowe i nerwowe serca w tym samym rozdziale. Podobnie Mackenzie i Levis. Jest to zresztą rzeczą zupełnie zrozumiałą, jeśli uwzględnimy obie teorye automatyzmu serca, mieśniową, najbardziej rozpowszechnioną i uznaną, i nerwową, mniej posiadającą zwolenników; wszak Gaskell i Engelmann wykazali żmudnemi badaniami, że cała ruchowa praca serca jest wyrazem szczególnych własności fizyologicznych włókien mięsnych, a cały przyrząd nerwowy ma raczej zadanie regulatora i kontrolora czynności mięśni.

Dlatego też nie jest zadaniem naszem poszukiwać zmian anatomicznych, ale wyłącznie ocenić warunki dynamiczne, wśród których serce danego osobnika pracuje, i przewidzieć, czy bądź zmiany czynności serca, bądź też podmiotowe wrażenia chorego nie są już wyrazem osłabienia tej siły dynamicznej, względnie czy nie są upomnieniem alarmowem przed mającemi wystąpić zaburzeniami dynamicznemi.

Zadanie to nazywa się rozpoznawaniem czynnościowem (dyagnostyką funkcyonalną). Wszystkie objawy, jakie spotykamy u człowieka, skarżącego się na przypadłości sercowe, musimy w ten sposób zużytkować, aby wysnuć odpowiednie wnioski co do sprawności czynnościowej (funktionelle Leistungsfähigkeit) jego mięśnia sercowego. Do tego służą wywiady, objawy podmiotowe, przedmiotowe fizyczne i czynnościowe i przeróżne metody graficzne.

Rozpoznanie niedomogi serca, jeśli ona już jest jawna i występują typowe objawy, jest bardzo łatwe; musimy jednakże dążyć do wykrycia objawów jeszcze utajonej niedomogi, względnie ocenić, w jakiej mierze już siły zapasowe serca zostały zużytkowane i które z kardynalnych właściwości mięśnia sercowego zaczynają czynnościowo nie dopisywać.

Najważniejsze właściwości mięśnia sercowego są według Gaskella następujące: 1) Zdolność wytworzenia podniety, która całe serce pobudza do skurczu. 2) Zdolność przyjęcia podniety. 3) Zdolność przenoszenia podniety z włókna na włókno. 4) Zdolność skurczu pod wpływem podniety. 5) Zdolność przechowania pewnej sumy skurczów, nawet kiedy czynna akcya ustaje. — Wspominam o tem dla przypomnienia, jak zawikłany jest ten cały mechanizm, jak więc trudno ustalić ocenę ewentualnych zaburzeń i wpływu na całe krążenie i jego fizyologiczną wartość. A jednak musimy sobie wyrobić choćby najogólniejszy sąd o cierpieniu zgłaszającego się osobnika i dążyć do tego, by ten sąd choć w przybliżeniu był sprawiedliwy.

Już od szeregu lat nawołuje nauka, by w każdym przypadku cierpienia sercowego szukali lekarze nie tyle zmian anatomo-patologicznych, ile raczej starali się ocenić sprawność mięśnia sercowego, gdyż to wyłącznie może rozstrzygnąć o wskazaniach leczniczych i o rokowaniu na przyszłość. Wojna obecna wysunęła tę sprawę na pierwszy plan.

Niestety jednak zakradł się w badaniu pewien szablon. Każe się choremu wykonać jakąś pracę fizyczną, n p. bieganie po schodach lub kilka ćwiczeń kolanowych, oznacza się ilość tętna przed tą pracą oraz po wykonaniu pracy, oznaczając równocześnie czas, który upłynął, zanim ilość tętna stała się znowu prawidłową. Długość potrzebnego czasu jest uważana za miarę w oznaczeniu sprawności serca.

Otóż ta najpopularniejsza metoda jest równocześnie najbłędniejszą. Jest to najstarsza metoda, podana przez Mendelsohna i Gräupnera, która powinna być zarzucona, albowiem wpływy nerwowe odgrywają przy tem tak wielką rolę, że otrzymane wartości nie mogą mieć znaczenia ani dla rozpoznania, ani dla rokowania.

Podano cały szereg innych metod, a właściwie prób metod, gdyż żadna nie jest bez zarzutu, a co najważniejsza, niektóre są tak skomplikowane, iż mają tylko wartość teoretyczną. Nie zamierzam tu wyliczać wszystkich prób, — wspomnę tylko ogólnikowo o zasadach, na których owe metody oparto. Niektórzy usiłowali oznaczyć pracę mięśniową serca w kilogramometrach i z tego wnosić o sile mięśnia sercowego, zapomnieli jednak, że człowiek o silnie rozwiniętych mięśniach potrafi wykonać pracę wydatniejszą liczbowo, aniżeli człowiek o słabych mięśniach. Herz podał sposób, oparty na spostrzeżeniu, że u zdrowego człowieka przy zginaniu przedramienia w stawie łokciowym przy napiętej uwadze tętno albo się nie zmienia, albo się lekko przyspiesza. natomiast, jeśli mięsień sercowy jest mniej sprawny, tętno się zwalnia. Katzenstein wywołuje sztuczny opór przez ucisk tętnicy biodrowej i bada ciśnienie i to tylko maksymalne. Przy zdrowem sercu ciśnienie się podnosi, a tętno się zwalnia. Inni kładą większy nacisk na różnicę między ciśnieniem minimalnem a maksymalnem przy odpowiedniem dawkowaniu pracy. Strassburger podał nawet odpowiedni wzór matematyczny. Van den Velden bada ciśnienie w różnem położeniu chorego i przy różnem ułożeniu kończyn. Inne metody polegają na stosowaniu pletysmografii i tachografii. Zunz, Hagemann, Loevy i Schrötter usiłowali oznaczyć sprawność na podstawie zawartości gazów krwi tętniczej i żylnej. Kremer i Mathes posługiwali się pneumokardyogramem.

Jest jeszcze cały szereg innych metod, bardzo dokładnie opisanych w podręczniku Hoffmanna: »Funktionelle Diagnostik der Herzkrankheiten«. Ale metody te wielkiej — zwłaszcza dla nas — praktycznej wartości nie mają. Dlatego też trzeba zwrócić uwagę na objawy drugorzędne, na czynność innych narządów, z krążeniem w związku pozostających. I tak pewne wskazówki daje nam czas, przez który chory może wstrzymać oddech, dalej zachowanie się wątroby po wykonaniu pracy fizycznej. Narząd ten jest bardzo czuły na pierwsze jeszcze utajone objawy niedomogi i szybko oddziaływa dającem się wykazać powiększeniem. W ostatnich czasach zwrócono uwagę na występowanie urobiliny w moczu przy początkach niedomogi, dalej na różnicę w wydzielaniu moczu między dniem a nocą, na znaczniejszą różnicę między ciepłotą w pasze, a w odbytnicy. Zwrócić tu muszę uwagę, że chcąc sobie wyrobić jakie takie zdanie, trzeba koniecznie używać kilku metod równocześnie i wielokrotnie i jeśli otrzymane wartości i objawy odpowiednio do metod są zgodne, wtedy dopiero można wydać jakiś prawdopodobny sąd.

Wspomniałem powyżej, że także wywiady i badanie fizyczne mogą dać pewne wskazówki co do sprawności mięśnia sercowego. Skargi chorego nie są obojętne. Mackenzie niedawno zwrócił szczególną uwagę na tę, obecnie zaniedbaną gałąź posiłkową badania, t. j. na podmiotowe uczucia chorego. Przypadłości stenokardyalne są typowe nietylko charakterem objawów, ale też sposobem opowiadania, a doświadczony lekarz na podstawie samego sposobu, w jaki chory przedstawia swe skargi, odróżni prawdę od agrawacyi. Nigdy zatem przy cierpieniach sercowych nie powinno się choremu przeszkadzać w jego opowiadaniu. A osobnik, mający przypadłości stenokardyalne z pewnością nie ma całkiem zdrowego mięśnia sercowego. Istnienie czysto neurastenicznej stenokardyi z typowymi objawami należy do legend. (Bliższe o tem szczegóły podałem w pracy mojej, drukowanej przed 3 laty w »Przeglądzie lekarskim«). Jest zaś rzeczą zupełnie pewną, że poważne zmiany w zakresie tętnic wieńcowych serca mogą być nawet przez najstaranniejsze badanie niewykazalne.

Między wieloma artykułami znalazłem także wywody Brascha o przeczulicy skóry, jako o objawie neurastenii serca o podkładzie histerycznym. Muszę oświadczyć się przeciw jego wywodom, a przypomnieć wspaniałe prace Heada

o przeczulicach skóry przy schorzeniu narządów wewnętrznych i Mackenziego o pasach przeczulicowych, charakterystycznych dla zaburzeń mięśnia sercowego, a szczególniej dla stwardnienia naczyń.

Doświadczenie, zebrane w czasie wojny, nietylko potwierdziło, że mogą powstać poważne zaburzenia w mięśniu sercowym z powodu przeciążenia fizycznego, ale niemniej jako pewnik ustalono szybki rozwój stwardnienia tętnic. Van den Velden, który na to szczególnie zwrócił uwagę, znalazł znaczny odsetek stwardnienia tętnic wśród badanych przez siebie sercowo chorych żołnierzy, Mönckenberg na podstawie przeprowadzonych obdukcyi stwierdził sklerotyczne zmiany w aorcie u żołnierzy w wieku 20—30 lat aż w 43%. Jest to liczba przerażająca, a zarazem stwierdzającą, że silne wzruszenia psychiczne, towarzyszące wojnie, bardzo sprzyjają rozwojowi miażdżycy. Nie ulega prawie wątpliwości, że jeszcze w jakiś czas po wojnie objawi się to w zastraszający sposób, przeistaczając wielu ludzi na inwalidów.

Zestawiwszy początkowe objawy niedomogi mięśnia, stwardnienia naczyń i przypadłości nerwowe, przekonamy się, że żadnem badaniem nie można z bezwzględną pewnością odróżnić jednych od drugich. Słusznie powiada Gerhard: »Pierwsze objawy niedomogi sercowej nie dadzą się odróżnić od przypadłości nerwowych«.

Powracając obecnie do owych zaburzeń sercowych, rzekomo nerwowych, którym właśnie we współczesnem piśmiennictwie wiele poświęcono atramentu i które nawet jeden z autorów zaleca leczyć... wojną, pragnąłbym zalecić wielką ostrożność w ich rozpoznawaniu. Kiedy w 1908 r. na Zjeździe neurologów w Wiedniu stanęły na porządku dziennym jako główny temat nerwice serca, to główni referenci tego tematu, Erb i Hoffmann, znaleźli się w kłopotliwem położeniu, gdy przyszło im dokładniej definiować nerwice serca. Uciekli się więc do definicyi negatywnej i Erb powiedział: »Nerwicę serca rozpoznaje się wtedy, jeśli nie można stwierdzić zmian anatomicznych«. Równocześnie korreferent Hoffmann pisze: »Nie ma pewnego sposobu odróżnienia cierpienia organicznego serca, wywołującego z czasem niedomogę mięśniową, od nerwicy serca«.

Pojęcie nerwic jest bardzo elastyczne i u jednych autorów ma ono szerszy, a u drugich bardzo ograniczony zakres. — Im bogatszą w zdobycze będzie fizyologia i patologia chorób serca, tem rzadziej będziemy rozpoznawać nerwice. Bujnie rozwijająca się nauka o wydzielaniu wewnętrznem uszczupliła znacznie w ostatnich latach liczbę nerwic bez tła anatomicznego. A czyż zresztą są jakieś dane, któreby dowodziły, że takie »nerwowe« zaburzenia czynnościowe po dłuższem trwaniu nie wywołują zmian anatomicznych?

Wspomniałem już, że wśród przedmiotowych objawów u żołnierzy, wracających z pola walk, spotykamy pewne postacie niemiarowości tętna.

Analiza niemiarowości tętna, dzięki pracom Mackenziego, Levisa, a ostatnio Wenckebacha doszła omal do szczytów doskonałości. Wiemy dobrze, że niemiarowe tętno nie jest już tym mieczem damoklesowym, wiszącym nad głową chorego; nawet według Wenckebacha ta postać, której się najbardziej obawiano, tętno naprzemienne (pulsus alternans) niekoniecznie musi być wyrazem daleko posuniętych zmian w mięśniu sercowym. Wszystkie postacie niemiarowości mogą zachodzić nawet przy nieuszkodzonym mięśniu sercowym, a mieć swe źródło już to w innych narządach, już to w nerwach pozasercowych. Jednakże Wenckebach kładzie nacisk na to, że długotrwałe niemiarowości, jakkolwiek zrazu niewinnego pochodzenia, mogą z czasem poważnie uszkodzić mięsień sercowy i wywołać jego niedomogę. Tak się sprawa przedstawia również co do innych czysto nerwowych zaburzeń czynności serca.

Serce pobudliwe, serce, oddziałujące szybko i łatwo na najmniejsze pobudki, znajduje się niejako w stanie ciągłego podniecenia. Takie serce szybko się zużywa i wyczerpuje; niemniej cały układ naczyniowy, który bezsprzecznie stanowi podporę mechaniczną dla pracy serca.

Pozornie kąt widzenia autorów, którzy zabrali głos w sprawie przypadłości sercowych u żołnierzy, jest różny, ale przy bliższem rozpatrzeniu przekonywamy się, że się tylko tym samym zjawiskom nadaje różne nazwy i określenia. Jedni podkreślają zmęczenie mięśnia sercowego, drudzy nazywają to nerwowem osłabieniem serca, inni znowu neurastenią serca, a jeszcze inni określają owe objawy jako przypadłości miażdżycowe. Pochodzi to wyłącznie stąd, że nie ma granic ścisłych między przypadłościami przyrody mięśniowo-sercowej, nerwowej i miażdżycowej. Co najważniejsza, należy pamiętać o tem, że prawie wszyscy sercowo chorzy są neurastenikami i odwrotnie na tle t. zw. neurastenii serca może się rozwinąć cierpienie sercowe. Dzisiaj nikt nie zaprzeczy, że w etyologii miażdżycy tętnic neurastenia niepoślednie zajmuje stanowisko.

Uderzającem w tem całem współczesnem piśmiennictwie jest ów brak konsekwencyi między zapatrywaniem się autorów na istotę przypadłości, a rokowaniem na przyszłość. Większość klinicystów nawołuje do wielkiej ostrożności w rokowaniu i ocenianiu co do zdolności służbowej i ozdrowienia. I tak Fürbringer powiada: »Wojenne nerwice serca nie są sprawą niewinną i bez znaczenia, któraby znikała z chwilą usunięcia szkodliwych wpływów wojny. Należy zatem wystrzegać się przedwczesnego kwalifikowania, jako zdolnych do służby czy to garnizonowej, czy to polowej«. Takiego samego zdania są His i Aschenheim.

Pragnąłem na podstawie współczesnego piśmiennictwa i moich własnych spostrzeżeń dać pogląd na wpływ wojny na rozwój cierpień serca, istniejących już przed wojną i powstających w czasie wojny. Nie omawiałem każdego ogłoszonego w tym przedmiocie artykułu z osobna, już choćby dlatego, że większość zawiera tesame uwagi i tesame spostrzeżenia, a różnice tyczą się tylko odmiennego oświetlenia tychsamych faktów. Nie uwzględniłem piśmiennictwa z pierwszych kilku miesięcy wojennych, bo uwagi i sądy w nich zawarte uważałem za przedwczesne i jeszcze niedojrzałe. Nie ograniczyłem się jednak do roli sprawozdawcy cudzych myśli, ale na podstawie już to moich 15-miesięcznych spostrzeżeń na oddziałach wewnętrznych w szpitalach fortecznych, a przedewszystkiem moich dawniejszych doświadczeń z dziedziny chorób serca, zalecam nader wielką ostrożność przed szermowaniem kategorycznemi opiniami w tej dziedzinie. Im więcej zdobywamy z tej dziedziny wiadomości, tem mniej będziemy pewni w naszych sądach. Uwagi moje, luźne, nie mogą z powodu zbyt wielu równocześnie poruszanych problemów stanowić organicznej całości w tych szczupłych ramach. Pragnę z nich jednak wydobyć pewne wytyczne, które ująłbym w następujące zdania:

1) Cierpienia sercowe biorących udział w tej wojnie stanowią nadzwyczajnie pokaźną liczbę. U przeważnej części chorych dadzą się stwierdzić badaniem fizycznem i rentgenologicznem zmiany w postaci rozszerzenia serca, szmeru o zmiennym charakterze i zmiennem usadowieniu lub nieczystych tonów, zwłaszcza pierwszego tonu, którego dźwięk jest nieczysty, szorstki. Wszystkie tony są ciche; nie ma tak często spotykanego zaostrzenia drugich tonów, jak to bywa przy nerwowo wzmożonej czynności serca.

2) U prawie wszystkich chorych ciśnienie bywa nizkie, nie dochodzące 100 mm sł. rtęci.

3) Tętno bywa bardzo zmienne ze skłonnością raczej do przyspieszenia i z różnemi postaciami niemiarowości. Zmiany powyższe pochodzą najprawdopodobniej z osłabienia własności tonicznej mięśnia sercowego.

4) U chorych, u których takich zmian przedmiotowych stwierdzić nie można, należy również być bardzo ostrożnym w przyjęciu tła czysto nerwowego, ze względu na to, że według obecnego stanu badań niepodobna ściśle odgraniczyć przypadłości przyrody mięśniowej od nerwowej.

5) Ze względu na to, że badania ostatnich lat i z okresu wojennego niewątpliwie stwierdziły, iż stwardnienie tętnic

nie jest chorobą wyłącznie późniejszego wieku, lecz także stosunkowo bardzo młodego wieku, należy pamiętać przy braku zmian przedmiotowych także o możliwych zmianach miażdżycowych, które w pierwszym swoim okresie mogą być bezwzględnie nieprzystępne jakiemukolwiek badaniu, a przy których podmiotowe dolegliwości chorych są analogiczne do przypadłości nerwowych i mięśniowych.

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

Adler: **Leczenie cholery.** (Wiener klin. Woch. 1915, 5). Rady, podawane przez A., opierają się na doświadczeniach, zebranych na polach walk, oczywiście jednak mają ogólniejsze znaczenie. Wielki nacisk kładzie A. na przygotowanie odpowiednio wykształconego personalu lekarskiego i pomocniczego, któryby w odpowiednich grupach należało rozsyłać do ognisk epidemii. Leczenie należy natychmiast stosować nawet u tych chorych, u których istnieje dopiero podejrzenie co do cholery, nie czekając, aż obraz kliniczny stanie się typowy. U chorych dość jeszcze silnych stosuje A. po 1—3 wstrzyknięciach kamfory, przepłukanie żołądka 3—5 litrami ciepłej zawiesiny węgla zwierzęcego (kopiata łyżka na litr wody); po wypompowaniu tego płynu z żołądka wlewa się przez zgłębnik $^1/_4$ litra gęstej zawiesiny (łyżka na $^1/_4$ litra wody). Ułożywszy chorego na bok, stosuje się przepłukania jelitowe zawiesiną węgla o ciepłocie 45° C. Nieustannie należy chorego ogrzewać, co jakiś czas — bez osobnej ordynacyi lekarskiej — podawać łyk zawiesiny węgla (25—40 g. węgla na dzień). Glinka (bolus alba) nie działa dobrze. W przypadkach ciężkich z osłabieniem krążenia stosuje A. zamiast powyższych przepłukiwań odrazu wlewania 3% rozczynu soli kuchennej o ciepłocie 40° do żył, dodając na litr 1 cm sz. digalenu i 2 cm sz. oliwy kamforowej (oliwa pływając na powierzchni płynu przeważnie nie dostaje się do żył). Na jeden raz wlewa się ćwierć do trzech ćwierci litra; w razie potrzeby powtarza się wlewanie. Choremu trzeba obficie podawać do picia świeżą wodę. Wyskok chorzy znoszą źle; dopiero w późniejszym okresie, gdy się krążenie poprawi, może być wyskok pożyteczny, a wtedy też można zastosować przepłukiwanie żołądka i jelit. Atropinę i strychninę uważa A. nietylko za nieużyteczne, ale wprost za szkodliwe. W okresie ostatecznego zapadu (coma) zwykle nic już nie skutkuje; w 3 przypadkach powiodło się jednak A. i tu uzyskać dobry wynik przez ostrożne nakłucie lędźwiowe (wypuszczenie kilku kropli płynu) i wlewanie małych ilości rozczynu solnego do kanału rdzeniowego, oraz małe upusty krwi (200 cm. sz.) z następowem wlewaniem dożylnem rozczynu solnego (1—1·5 litra). r.

Prof. Frieboes: **Szczególne, przeważnie płonicowate osutki późne po szczepieniach przeciwdurowych i przeciwcholerycznych.** (Münch. m. W. 1916, 7). W lecie r. 1915 spostrzegał E. gromadne nakształt, epidemii, osutkowe zachorowania z wysoką gorączką wśród młodych żołnierzy, przypominające obrazem klinicznym i zmianami na skórze najczęściej płonicę. Dokładne badania doprowadziły F. do wniosku, że nie była to jednakże ani płonica, ani wogóle żadna choroba zakaźna i zaraźliwa; przypadki te dotyczyły wyłącznie żołnierzy, którzy na 2—4 tygodnie przedtem zostali zapobiegawczo zaszczepieni przeciw durowi lub cholerze. Jeżeli osutka jest lekka, to od płonicy odróżnić ją nietrudno, a możnaby wziąść chyba za jakąś osutkę lekarstwianą. Natomiast znaczne stopnie osutki tej mogą bardzo przypominać płonicę, rozróżnienie może być nieraz bardzo trudne (a przy świetle sztucznem nawet niemożliwe) i w tem leży wielkie znaczenie praktyczne tych przypadków. Rozróżnienie polega na tem, że osutka płonicza nigdy niema odcienia żółtawego, właściwego tej osutce szczepiennej, zawsze przytem marmurkowatej, niejednostajnej (badać przy dziennem dobrem świetle!). r.

Prof. Kaup: **W sprawie duru osutkowego na galicyjskim placu boju.** (Wiener kl. Woch. 1916, 8). Na zasadzie bardzo ścisłych wiadomości o źródłach, przebiegu i zwalczaniu duru osutkowego we wszystkich armiach, działających w Galicyi i Królestwie, poddaje K. surowej krytyce publikacye doc. Späta (Wiener kl. Woch. 1915, 41 i 49), które przez nierozważne i zbyt dalekie wnioski mogłyby wyrządzić wielką szkodę. Mianowicie Spät na zasadzie kilkudziesięciu tylko spostrzeżeń (na ograniczonem bardzo terytoryum) utrzymywał, że prawie wszystkie te przypadki, które mógł zbadać bakteryologicznie i serologicznie, a które uważano za dur osutkowy, okazały się durem brzusznym, i z tego wnosił, że wogóle na całym terenie walk w Galicyi i Królestwie duru osutkowego jest bardzo mało lub wcale może niema i że zań brany jest zwykły dur brzuszny. Stąd, zdaniem Späta, zwalczanie wszawicy chybia celu i jest zbyteczne, a natomiast należałoby się chwycić środków zapobiegawczych, stosowanych przy durze brzusznym. K. dowodnie wykazuje błędy w badaniach i wnioskach Späta, powołując się m. i. wielokrotnie na doświadczenie naszych lekarzy urzędowych; w końcu wskazuje na ważną zdobycz różniczkoworozpoznawczą, jaką jest wykryta przez Weila swoista aglutynacya w durze osutkowym (Wiener kl. W. 1916, 2), oraz na doniosłość faktu, że powiodło się w durze osutkowym w Galicyi wyhodować zarazki, opisywane przez Bährа i Plotza i że jest nadzieja uzyskania swoistej szczepionki zapobiegawczej. r.

Bäumler: **Zakażenie ospą i szczepienie w ich wzajemnym wpływie na siebie.** (Münch. med. Woch. 1914, Nr 18). Na podstawie własnych i cudzych spostrzeżeń dochodzi B. do następujących wniosków. Szczepienie, stosowane nawet już w czasie wylęgania ospy, wywiera nieraz swe pełne działanie, o ile otoczka (areola) wytworzyła się przed wybuchem choroby. Richets twierdzi, że szczepienie może zapobiedz wybuchowi ospy, jeżeli się je stosuje w pierwszych dwóch dniach od terminu możliwego zakażenia. Przebieg ospy bywa tem cięższy, im więcej lat upłynęło od szczepienia. Im blizn po szczepieniu jest więcej i im blizna jest większa, tem mniejszy bywa odsetek przypadków śmiertelnych. Szczepienie, stosowane po wybuchu choroby, może złagodzić przebieg choroby. Korzystne działanie szczepienia, t. j. odporność, zjawia się dopiero w 9 dni. K.

Löwy: **W sprawie odporności przeciwtężcowej u człowieka.** (Wiener kl. Woch. 1915, Nr 47). Autor badał w 23 przypadkach surowicę u chorych na tężec i ozdrowieńców po tej chorobie w kierunku aglutynacyi, precypitacyi, antyhemotoksyn, niweczników wiążących dopełniacze i antytoksyn. Dochodzi do wniosku, że u niektórych chorych na tężec powstają ciała immunizacyjne. Produkcya niweczników nie zależy ani od siedziby rany, ani też od ciężkości, przebiegu lub czasu trwania choroby. Niekiedy, jak się zdaje, nie wytwarzają się wcale ciała immunizacyjne, albo też wytworzone niweczniki, a zwłaszcza antytoksyny, szybko się wydzielają. Między ilościami poszczególnych ciał immunizacyjnych nie ma żadnej równoległości.

Dr M. Blassberg.

Schrumpf. **Drożdże jako środek żywności.** (Münch. m. W. 1916, 8). Wielkiego rozgłosu nabrały niedawno zarówno w pismach lekarskich, jak wśród szerokich kół ludności drożdże, spreparowane jako środek żywności i puszczone w obieg handlowy p. n. »Nährhefe«. Drożdże te miały być nietylko korzystnym dodatkiem do najrozmaitszych potraw, ale same nawet miały zastępować pokarmy białkowate; istotnie zawierają one 54% białka, 3% tłuszczów. Wyrabiająca je fabryka rozgłaszać zaczęła, że mogą one zupełnie zastąpić mięso, od które są »tańsze« (5 marek za 1 kg.!?) i że przytem działają podniecająco na apetyt. Wszystko to zdawało się zasługiwać na wiarę, gdyż poparte zostało oświadczeniem higienisty, prof. Schotteliusa, że jako dodatek do potraw są ogólnie dobrze znoszone i że próby podawania po 30, 50, a w końcu 100 gr. samych drożdży dziennie 10 więźniom w domu karnym wypadły pomyślnie. — S., sprawdzając na oddziale prof. Umbera w Berlinie badania prof. Schotteliusa, stwierdza przedewszystkiem, że dorosły ustrój potrzebuje dziennie według nowszych badań około 60 gr. białka (nie mówiąc już nawet o dawniejszych badaniach, według których ilość ta powinna być znacznie wieksza). Chcąc tylko połowę tego białka podać w postaci drożdży, trzebaby podać ich 50—70 gr. dziennie. S. przekonał się jednak, że nawet wtedy, jeśli się tę ilość rozdzieli na drobne dawki, zmieszane z rozmaitemi potrawami, to pomimo wszelkich zapraw, korzeni i t. d. czuć w nich zawsze zapach i gorzki posmak »drożdży odżywczych«, tak że takich potraw niepodobna przełknąć, przytem, jak się S. i na sobie przekonał, wywołują one dolegliwości żołądkowe. Nawet po zmniejszeniu dawki drożdży do 20 gr. dziennie budziły potrawy niemi zaprawione wstręt i w żadnem z doświadczeń nie udało się S. przeprowadzić takiego żywienia dłużej, niż 6 dni. Ta zaś dawka, 20 gr. dziennie, zawiera zaledwo 10·8 gr. białka. W przepisach przyrządzania, podanych przez fabrykę »drożdży odżywczych«, zalecono »wobec wielkiej pożywności« drożdży takie ilości, że na głowę i dzień przypadałoby ledwo 2·5 grm. drożdży, to jest 1·35 gm białka. Wobec tego odmawia S. droż-

dżom wszelkiej wartości praktycznej w sprawie żywienia się ludności. r.

Wiesner: **O ziarenkowcowym nieżycie jelit** (Kokkenenteritis). (Wiener klinische Woch. 1915, Nr 47). Okoliczność, że przy badaniu stolców napotyka się często znaczną ilość dwoinek i paciorkowców, skłoniła autora do śledzenia patogenetycznej roli tych drobnoustrojów. Dochodzi on do wniosku, że paciorkowiec mleczny (streptococcus lacticus), który znajduje się niekiedy w stolcach w znacznej ilości, stanowi przyczynę nieżytów jelitowych. Te nieżyty występują albo samodzielnie, albo w połączeniu z innemi sprawami jelitowemi swoistemi, jak n. p. z durem brzusznym lub czerwonką, albo też jako sprawa następowa po powyższych cierpieniach. Dr M. Blassberg.

Glässner: **Nowy sposób leczenia nadkwaśności żołądka, szczególnie w przypadkach wrzodów.** (Wiener kl. Woch. 1916, 5). — G. uzyskał dobre wyniki zapomocą podawania soli żółciowych, jak cholanu sodowego, oraz samego kwasu cholowego. Podaje się 0·2 cholanu lub 0·1 kwasu z dodatkiem równej ilości oliwy w kapsułkach po jedzeniu, stosując przytem dyetę nie kwaśną, nie drażniącą, zawierającą mało soli kuchennej, zbliżoną do dyety dla cukrzycych, oraz silniejsze wody alkaliczne. Aby uniknąć biegunek i morzyska, które występują u niektórych chorych, stosuje G. obecnie na dzień 3—9 kapsułek żelatynowych, zawierających po 0·25 glikocholanu potasowego. Z 10 przypadków wrzodu żołądka uzyskać miał G. w 8 zupełne zniknięcie dolegliwości, w 1 poprawę, a tylko w jednym leczenie było bezskuteczne. r.

Kabanow. **O rozpoznawaniu schorzeń żołądka i jelit z pomocą metody dyalizacyjnej Abderhaldena.** (Münch. med. Woch. 1913. 39). Autor donosi tymczasowo o wynikach swych badań w szeregu chorób przewodu pokarmowego z pomocą metody dyalizacyi; wynika z nich, że prawdopodobnie istnieją zaczyny obronne (Abwehrfermente), które są swoiście »nastawione« na poszczególne części przewodu pokarmowego. Autor, nie znając rozpoznania klinicznego, mógł między innymi rozpoznać trzy przypadki wrzodu dwunastnicy, trzy wrzodu żołądka wzgl. odźwiernika i t. d. Przy achylii wypada odczyn dodatnio wtedy, gdy achylia jest zupełna, t. j. brak jest odczynu lakmusowego. N.

Schlaginweit i Stepp: **Badania nad czynnością wydzielniczą trzustki przy zaburzeniach czynności żołądka według doświadczeń na psach z przetoką.** (Münch. med. Woch. 1913. 34). W doświadczeniu na zwierzętach można wykazać, że sok żołądkowy, nie zawierający kwasu solnego, wstrzyknięty do dwunastnicy, bez względu na to, czy pochodzi z chorego na raka, czy też na zwykły brak soku żołądkowego, wywołuje nieznaczne wydzielanie soku trzustkowego; natomiast 0·4% kwas solny, soki żołądkowe prawidłowe lub soki nadmiernie kwaśne wywołują bardzo silne wydzielanie. Ponieważ klinicznie nie we wszystkich przypadkach braku soku żołądkowego istnieje brak wydzielania trzustkowego, należy przyjąć, że tworzenie się sekretyny w błonie śluzowej jelita cienkiego zostaje wywołane przez inne jeszcze jakieś czynniki, a nietylko przez kwas solny. Pod tym względem okazały się mydła bardzo skuteczne; prócz tego zachodzi jeszcze możliwość istnienia automatyczno-rytmicznej czynności trzustki. Tak więc czynność trzustki może być wynikiem wielu czynników, których znaczenie w poszczególnych przypadkach trudno jest ocenić.

Lippman: **Badanie czynności wydzielniczej wątroby.** (Zeit. für ärztl. Forb. Nr 10. 1914). Główną czynnością wątroby jest przerabianie amoniaku na mocznik. Jeżeli jednak ustrój wytwarza dużą ilość kwasów (acidosis), to amoniak służy do zobojętnienia kwasów, a w mocznik nie przechodzi. Podając alkalia i stosując pewną dyetę, badamy w moczu stosunek amoniaku do mocznika. W praktyce badanie to niema jednak znaczenia. Drugą czynnością wątroby jest gromadzenie tłuszczu. Ponieważ tłuszcz odkłada się i w innych miejscach ustroju, przeto odpada badanie i tej czynności wątroby. Trzeciem, i to bardzo ważnem zadaniem wątroby jest zatrzymywać substancye, obce ustrojowi, i toksyny. Wiadomo, że wiele trucizn przy zatruciach wątroba zatrzymuje i zobojętnia. Te substancye szkodliwe wiąże kwas eterowo-siarczany, lub kwas glukuronowy. W celu badania tej czynności podajemy kamforę, która w wątrobie łączy się z kwasem glukuronowym, porównywamy powstałą ilość połączenia z ilością, wydzielaną w moczu, i wnosimy z różnicy o upośledzeniu czynności wątroby w tym kierunku. Czwartą czynnością wątroby jest wytwarzanie żółci. Składową część żółci stanowi między innemi bilirubina, która w jelitach redukuje się na urobilinę. O ile wątroba działa prawidłowo, to w moczu znajdujemy ślad urobiliny. Jeżeli czynność wątroby jest upośledzona, to w moczu znajdziemy duże ilości urobiliny. Pochodzi to stąd, że wątroba nie jest wtedy zdolna zatrzymać urobiliny, wytworzonej w jelitach, a dowiezionej do wątroby przez krew, wskutek czego urobilina zostaje wydalona przez nerki. Piątą czynnością wątroby jest gromadzenie węglowodanów i przetwarzanie ich w glikogen. W stanie prawidłowym krew zawiera 0·1% cukru gronowego. Natomiast cała ilość cukru, wessana z pożywienia, a któraby naruszyła powyższy stan krwi, zostaje złożona w postaci glikogenu w wątrobie i mięśniach. O ile wątroba nie wypełnia tego zadania, cukier ten wydzielają nerki. Ale ten cukromocz pokarmowy, chociaż zwykle idzie w parze z upośledzeniem czynności wątroby, nie jest jednak zawsze dowodem tego upośledzenia. Odgrywa tutaj rolę i trzustka, i mięśnie. Wyłączną jednak czynnością wątroby jest przyswajanie lewulozy i galaktozy. Strauss dowiódł doświadczalnie, że zdrowa wątroba przyswoić może 100 gr. lewulozy, spożytej na czczo; przy tej dawce w moczu lewulozy nie wykryjemy, o ile wątroba działa prawidłowo. W przeciwnym razie lewuloza przejdzie do moczu, a z ilości wykrytej w moczu można wnosić o stopniu zmian wątroby. Próbę wykonujemy w sposób następujący: Badany zaraz zrana otrzymuje naczczo 100 gr. czystej chemicznie lewulozy (przetwór Scheringa), rozpuszczonej w 1/2 litrze kawy, (gdyż wodny rozczyn lewulozy chorzy na wątrobę wymiotują). Następnie zbieramy mocz w ciągu najbliższych sześciu godzin, z każdej godziny w oddzielnem naczyniu. Każdą porcyę poddajemy badaniu. W ten sposób nie ujdą naszej uwagi nawet najmniejsze ilości lewulozy, którychby nie można wykryć, gdyby się rozcieńczyły w większych ilościach moczu. Wykrycie lewulozy polega na jej zdolności do krzepnięcia i na tem, że promienie spolaryzowane skręca ona na lewo. Bardzo prostym sposobem wykrycia lewulozy jest próba Seliwanowa. Celem wykonania jej dodajemy do 5 cm^3 moczu taką samą ilość zgęszczonego kwasu solnego i kilka kryształów rezorcyny, wszystko to kilka minut gotujemy. Jeżeli lewuloza jest obecna, występuje przy gotowaniu zabarwienie wina czerwonego. Po kilku minutach płyn przybiera zabarwienie ciemno-brunatnoczerwone i staje się nieprzeźroczystym. Azotyny i indykan w silnem zgęszczeniu dają podobny odczyn. O ile jednak przed badaniem co do lewulozy nie wykryto dużej ilości tych ciał w moczu, to o ile odczyn wystąpi, możemy przyjąć, że jest obecna lewuloza. W przypadkaah wątpliwych posiłkujemy się próbą polaryzacyjną i próbą krzepnięcia. Jeżeli mocz jest ciemny lub zabarwiony żółtaczkowo, to przed dokonaniem próby Seliwanowa wstrząsamy mocz krótko z węglem zwierzęcym, ażeby usunąć barwiki.

Po spożyciu 100 gr. lewulozy naczczo w następujących przypadkach stwierdzono w moczu odczyn lewulozy:

	Strauss	Hohlweg	Lippman
Badano przypadków	280	100	50
Zdrowa wątroba	10%		
Marskość wątroby	83%	100%	100%
Przymiot wątroby	75%	100%	100%
Żółtaczka nieżytowa	70%	100%	90%
Zamknięcie przewodu żółciowego kamieniami	62·5%	100%	80%
Nowotwór wątroby	38%	25%	30%

Z tablicy tej wynika, że wątroba nie przyswaja lewulozy w tych chorobach, w których powstają rozlane zmiany (diffuse Schädigung) miąższu wątrobnego. Przy ogniskowych natomiast zmianach wątroby lewulozy w moczu nie wykrywamy. Brak zatem lewulozy w moczu nie dowodzi nieobecności tych ogniskowych zmian wątroby. Zasługuje na uwagę to, że nawet przy częściowem, nie mówiąc już o całkowitem, zamknięciu przewodu żółciowego występuje lewuloza w moczu (a więc i przy nieznacznej żółtaczce), jak również i długi czas po ustąpieniu niedrożności odczyn jest dodatni. To zachowanie się moczu jest czynnikiem rozstrzygającym w przypadkach, kiedy rozpoznanie waha się między kolką wątrobną, nerkową i jelitową, jak również ołowiczą. Zupełne zamknięcie przewodu żółciowego tak uszkadza miąższ wątroby, że nietylko nie zostają przyswojone zwykłe ilości, 100 gr., lewulozy, ale i ilości daleko mniejsze. Wykrycie lewulozy w moczu przy dawce 50 gr. przemawia za ostrem zamknięciem przewodu żółciowego przez uwięźle w nim kamienie. Zamknięcie przewlekłe, n. p. na tle nowotworowem, daje odczyn dodatni przy dawce 70 g. albo 100 g. Przy niedokrwistości złośliwej z lekką żółtaczką i przy żółtaczce hemolitycznej nie wykrywamy lewulozy w moczu. Pochodzi to stąd, że choroby te nie powstają na tle zmian wątroby, lecz na tle zmian czynności śledziony. Prób z galaktozą nie robimy, ponieważ lewuloza jest daleko czulszym wskaźnikiem. Prawidłowa wątroba przyswaja 30 gr. galaktozy. Tadeusz Kon.

Openchowski: **Rozpoznawanie siedziby wrzodu żołądka.** (Münch. med. Woch. 1913. 47). We wszystkich przypadkach wrzodu żołądka, spostrzeganych przez autora, dała się stwierdzić pewna stałość objawów ze strony układu nerwowego, jakoteż określone punkty uciskowe bolesne na kręgosłupie. Jeśli chorzy uczuwają najsilniejszy ból przy ucisku 4., 5., 6. i 7. kręgu piersiowego, wtedy wrzody żołądka są usadowione, jak to potwierdziły sekcye, zazwyczaj między wpustem a odźwiernikiem na małej krzywiznie. Jeśli się stwierdzi bolesność uciskową kręgów lub ich okolicy aż do 10. kręgu, należy przyjąć wrzód w okolicy ciała żołądka. Jeśli bolesność obejmuje 10. do 12. kręgu, odpowiada to zazwyczaj wrzodowi, usadowionemu na dużej krzywiznie tuż przy odźwierniku. Natężenie bolów, jakoteż rozpromienianie się ich ku kręgosłupowi lub w prawą albo lewą stronę klatki piersiowej zależy, zdaje się, od rozmiarów wrzodu, jego szerokości i głębokości w związku z ilością dróg nerwowych, uszkodzonych przez wrzód. N.

Schultz i Grote: **Badania płonicy z pomocą odczynu Abderhaldena.** (Münch. med. Woch. 1913. 45). U chorych na płonicę stwierdzili autorowie między 5. a 32. dniem choroby z pomocą metody Abderhaldena zaczyny obronne, nastawione na gruczoły limfatyczne. Te zaczyny są swoiste dla gruczołu limfatycznego wogóle, a nie dla gruczołu, zmienionego przez jad płoniczy. N.

Koch: **O surowicy ozdrowieńców po płonicy.** (Münch. med. Woch. 1913, 47). Spostrzeżenia Reissa i Jungmanna na 12 przypadkach płonicy, leczonych surowicą ozdrowieńców po płonicy, może autor potwierdzić na podstawie swych 22 przypadków. Z tych przypadków, wogóle ciężkich, umarł tylko jeden chory, który w chwili wlewania był już w agonii. Koch spostrzegał pewne korzystne działanie także i w późnym okresie choroby oraz w postaciach septycznych. Zapalenia nerek w przypadkach swych K. nie spostrzegał. N.

David: **Ostre pierwotne błonicze zapalenie płuc.** (Münch. med. Woch. 1913. 42). W jednym przypadku zapalenia dolnego płatu płuca lewego z lekkiem zapaleniem opłucnej po tejsamej stronie, które w typowy sposób skończyło się przełomem, rozwinęło się nagle postępujące krupowe zapalenie tchawicy i oskrzeli oraz zapalenie płuc, które zajęło dolny płat prawego płuca i doprowadziło do śmierci. Przyjąć należy, że jakąś, nie dającą się stwierdzić drogą dostały się prątki błonicze do lewego płuca, gdzie wywołały pierwotne ognisko zapalenia płuc; przez wykrztuszanie dziecko zakaziło następnie swą tchawicę i prawe płuco. Przypadek ten zdaniem autora ma wielkie znaczenie epidemiologiczne, gdyż chorzy tacy jako roznosiciele zarazków mogą łatwo przyczyniać się do rozwlekania choroby. N.

Jagic i Reibmayr: **Z kazuistyki tętniaków śródczaszkowych.** (Wien. med. Woch. 1913. 39). Choć dawno znane są anatomicznie tętniaki tętnic podstawy czaszki, jakoteż znane są ich przyczyny (kiła, miażdżyca, urazy i zatory), — to kliniczna dyagnostyka jeszcze wiele pozostawia do życzenia. Na podstawie dwu przypadków, spostrzeganych i potwierdzonych sekcyą, omawiają autorzy symptomatologię tego rzadkiego schorzenia. Najważniejszem dla rozpoznania jest nakłucie lędźwiowe. Równomierne rozdzielenie krwi w płynie mózgowordzeniowym, stwierdzane stale przy powtórnych nakłuciach, pewne zmiany w ciałkach krwi, oraz podbarwienie płynu wykluczają inne sprawy chorobowe. W przebiegu klinicznym charakterystyczne są objawy, przypominające zapalenie opon, objawy powtarzające się oraz rozpoczynające się nagle w przeciągu jednej zaledwie godziny. Każdy taki napad odpowiada małemu krwotokowi. Stałym objawem w czasie wolnym od krwawienia jest ból głowy. Napad poszczególny cechuje się sztywnością mięśni karku i grzbietu, bólami w górnej części kręgosłupa, niemożnością skłonienia głowy ku przodowi, wzmożonymi odruchami, objawem Kerniga, przeczulicą skóry, bólami w części potylicznej głowy, jednem słowem objawami zapalenia opon, tylko bez gorączki. Jednorazowe silniejsze krwotoki, wiodące w kilku godzinach do śmierci, trudno jest odróżnić od właściwego krwotoku mózgowego, natomiast krwotoki małe, powtarzające się napadami objawów wyżej wymienionych, są właściwe dla tętniaków. Rozpoznanie uzupełnia się przez nakłucie lędźwiowe. N.

Doc. Nikitin: **O wpływie ochronnych szczepień przeciw wodowstrętowi na częstość napadów padaczki.** (Kuracisto 1914. Nr 5). Kobieta 43-letnia cierpiała od 10. roku życia na napady prawdziwej padaczki z utratą świadomości, z ogólnemi drgawkami, trwającemi przez 5 minut, ze zranieniami języka i mimowolnem oddawaniem moczu. Napady powtarzały się co tydzień, a towarzyszył im krzyk, upadek i potłuczenia. W 21. roku życia chora została ukąszona przez wściekłego psa i przeszła systematyczne leczenie wstrzykiwaniami ochronnemi przeciw wodowstrętowi. Potem miała chora tylko jeden napad padaczki po miesiącu, a później przez następnych 22 lat nie miała żadnego napadu. Ten pomyślny przypadek uprawniał do zastosowania leczniczego tejsamej metody przeciw padaczce. Przy próbnych wstrzykiwaniach okazała się zawiesina ze świeżego rdzenia królików prawidłowych zupełnie przeciw padaczce bezskuteczną. Potem zaczął autor stosować wstrzykiwania osłabionego jadu wścieklizny w tejsamej postaci, w jakiej go się stosuje przy wstrzykiwaniach ochronnych przeciw wściekliźnie, tylko z tą różnicą, że przeważnie wstrzykiwał materyał o małej jadowitości. Tą metodą leczył autor siedem przypadków prawdziwej padaczki. Chorzy byli w wieku od 15—27 lat, cierpieli na padaczkę od 3—8 lat, a liczba napadów wynosiła od 1—2 tygodniowo do 1—3 codziennie. Leczenie trwało przez 2—3 tygodnie z codziennem wstrzykiwaniem. W dwóch przypadkach skutek był wybitny: po krótkotrwałem wzmożeniu się liczby napadów znikły one zupełnie i nie pojawiły się wcale, w dwóch przypadkach liczba napadów znacznie zmalała, w piątym przypadku, powikłanym z ciążą, która zazwyczaj wywiera niekorzystny wpływ na padaczkę, skutek był krótkotrwały. W dwóch przypadkach wynik był ujemny. Atoli w jednym z nich padaczka codzienna trwała od 13 lat i wyraźnie zaznaczone było niedołęstwo umysłu, w drugim przypadku było przypuszczalne histeryczne podłoże napadów. — Skutek tej metody leczniczej jest, według autora, niewątpliwy, a silniejszy od działania bromu. Skutek nie pojawiał się natychmiast, lecz bywał poprzedzany przez okres wzmożonych liczebnie napadów. Dla wytłómaczenia tego działania może nie bez znaczenia są znane z literatury nieprawidłowości przemiany materyi ustroju epileptyków i pokrewieństwo objawów padaczki i wodowstrętu, jako postaci w istocie swojej kurczowych.

Dr Blassberg.

Chirurgia.

Denk i Walzel: **Ropowica gazowa w czasie wojny.** (Wiener kl. W. 1916, 8). Na zasadzie kilkudziesięciu spostrzeżeń dochodzą D. i W. do wniosku, że zakażenie beztlenowcami, zagrażające ropowicą gazową można rozpoznać już w kilka godzin po zranieniu z charakterystycznej, wodnistej, brunatnawej wydzieliny z rany, mającej zapach mdły, słodkawy. Gazy zaczynają się wytwarzać znacznie później, niż ta znamienna woń. Postęp zakażenia udaje się w większości przypadków zatamować przez operacyę wczesną, polegającą na szerokiem rozcięciu pierwotnego ogniska i mnogich nacięciach zajętych tkanek. Wskazanie do amputacyi lub wyłuszczenia kończyny w stawie powstaje dopiero w razie zgorzeli, bardzo znacznego zmiażdżenia kończyny, oraz w razie szczególnie rozległego i głębokiego zakażenia beztlenowcami, które objawia się postępem sprawy pomimo nacięć. Przypadki z wczesnymi objawami ogólnymi (septyczne piorunujące) z góry są stracone. Zapobiegawczo należy na wszystkie rany od granatów stosować chlorek wapnia; jeżeli części miękkie są bardzo poszarpane albo kości zmiażdżone, należy wszystkie strzępy tkanki i odłamki kości jaknajrychlej pousuwać, wycinając zwłaszcza wszystko, co jest nekrotyczne, a potem stosować chlorek wapnia. To postępowanie zalecają D. i W. także przy ranach szrapnelowych i karabinowych, jeśli powstały w okolicach zakażonych. Byłoby pożądane, aby chlorek wapnia stosowali na rany podejrzane zaraz sanitaryusze w linii bojowej, odpowiednio pouczeni. r.

Derganz: **Leczenie zapalenia otrzewnej.** (Münch. m. W. 1916, 5). W ostatnich latach zalecano we Francyi w przypadkach zapalenia otrzewnej, wykonawszy laparotomię, wlać do jamy otrzewnej 150—200 cm³ eteru, a potem nie usuwać (zapomocą wacików) wszystkiego, lecz pozostawiać 30—50 cm³. — D. stosował ten sposób od dwu lat w 30 przypadkach zapalenia otrzewnej, wśród tego w 4 przypadkach zapalenia po przedziurawieniu zgorzelinowego wyrostka robaczkowego (nawet w 72 godziny po przedziurawieniu) z wynikiem pomyślnym. Równie pomyślne wyniki otrzymał D., jak podaje, zapomocą przemywania eterem stawów, dotkniętych (pierwotnem) ropieniem. r.

Bergel: **Leczenie zbyt powolnego tworzenia się kostniny i stawów rzekomych zapomocą wstrzykiwania włóknika.** (Berl. kl. W. 1916, 2). Wychodząc z zapatrywania, że bez udziału włóknika w zwykłych warunkach żadna rana się nie może goić, uważa B. swój sposób postępowania za naśladowanie i wzmaganie tych spraw, które przy gojeniu się ran sam ustrój przeprowadza. B. wstrzykiwał pod okostnę końców odłamków zawiesinę 0·3 wysuszonego, sproszkowanego włóknika z krwi końskiej w 10 cm sz. fizyologicznego rozczynu soli.

Wstrzykiwanie powtarzał co 2 do 4 tygodni. — Z leczonych w ten sposób 50 przypadków, w których tworzenie się kostniny znacznie się było opóźniło, wyleczył B. dotąd 26, polepszenie uzyskał w 10. W dwóch przypadkach leczenie było bezskuteczne. r.

Prof. Simmonds: **Niebezpieczeństwa pyelografii.** (Münch. m. W. 1916, 7). Dotychczas nie zwracano niemal uwagi na to, że pyelografia może być wprost niebezpieczną. W przypadku Simmondsa powstało wskutek pyelografii szybko postępujące, śmiercią zakończone, ogólne zakażenie paciorkowcowe. Podobny przypadek podał niedawno także Rössle. Niebezpieczeństwo to jest, zdaniem S., znacznie większe, niż niebezpieczeństwo zatrucia używanym do pyelografii kollargolem. S. usilnie doradza, aby przed podjęciem pyelografii dokładnie zbadać, czy w pęcherzu moczowym niema jakich jadowitych bakteryi, a jeśliby były, zaniechać pyelografii. Przy wykonaniu zabiegu należy jaknajstaranniej unikać wszystkiego, coby mogło uszkodzić miąższ nerki. We wszystkich przypadkach zachorowania po pyelografii należałoby badać krew bakteryologicznie. v.

Prof. Lewin: **Niebezpieczeństwo zatrucia przez pociski i odłamki pocisków, pozostałe w ustroju.** (Med. Klinik 1916, 2). Jak wiadomo, zasadą chirurgii nowoczesnej jest pozostawianie pocisków w ustroju, jeżeli tylko przez swe położenie nie zagrażają lub nie działają szkodliwie na ważne narządy i jeżeli nie są zakażone. Przyjmuje się przytem, że takie pociski nigdy nie wywołują zatrucia (ołowicy). W rzeczywistości jednakże chirurdzy, którzy to utrzymują, tracą tych chorych z oczu, zanim jeszcze mogą wystąpić wybitne objawy ołowicy; — brak też wszelkich wiadomości, wśród jakich objawów umierają ludzie, w których ustroju znajdował się latami pocisk ołowiany. L. wywodzi, że pod działaniem tlenu, znajdującego się w tkankach, pod działaniem soli, zawartych w cieczach ustroju, dalej pod wpływem tłuszczów, lipoidów i t. p. mogą tworzyć się w ustroju z kuli ołowianej związki rozpuszczalne i trujące. Dowodzą tego wreszcie i badania, wykonane przez Deniga i Neua już w czasie obecnej wojny u 96 rannych żołnierzy, u których pozostały w ciele kule karabinowe lub szrapnelowe, albo ich odłamki. Otóż u 11·5% badanych stwierdzono ołów w moczu i ślinie. (Stwierdzić ołów można prostym a bardzo czułym sposobem Lewina: przez gotowanie badanej wydzieliny z rozczynem białka i ługiem sodowym powstaje w razie obecności ołowiu zabarwienie ciemne i większy lub mniejszy strąt siarczków ołowiu). Toteż L. domaga się, aby pociski ołowiane usuwać zawsze, ilekroć nie grozi to niebezpieczeństwem dla życia. r.

Fränkel S. i Fürer: **Krytyczne studya nad doświadczalnem leczeniem nowotworów złośliwych.** (Wiener kl. Woch. 1915 i 1916, 7). Autorowie starali się zapomocą całego szeregu systematycznych prób stwierdzić, czy pewne związki chemiczne, zwłaszcza z grupy związków aromatycznych, wywierają jakikolwiek wpływ leczniczy na nowotwory złośliwe, doświadczalnie przez zaszczepienie wywołane u zwierząt. Dotychczasowe badania F. i S., przeprowadzone z bardzo już wielu związkami chemicznymi, wydały wynik najzupełniej ujemny: nowotwory u zwierząt »leczonych« rozwijały się albo równie szybko, jak u innych, albo nawet szybciej. W dwu swych ostatnich pracach (III i IV) zdają autorowie sprawę z doświadczeń, również niepomyślnych, z oksyetylowemi zasadami chinoliny i γ-fenylchinaldyny, z chininą i związkami od niej pochodnymi, ze związkami jodu (trójbromek, cyanek i t. d.), dalej z borem, fluorem, środkami rozszerzającymi naczynia (nitrogliceryna, erytroltetranitrat), z pikrynianem sodowym i kwasem pikrolonowym. W najbliższej pracy złożą F. i F. sprawozdanie z działania środków, mających własność niszczenia komórek. r.

Zapiski lecznicze, nowe leki, sposoby i narzędzia.

Opagen, przetwór fabryki Laokoon we Lwowie, stosował prof. Dr Antoni Gluziński w klinice lekarskiej we Lwowie w r. 1914 w pastylkach, w podskórnych wstrzykiwaniach i w kroplach wewnętrznie, w celu łagodzenia bolów, jako środek nasenny i przeciwko biegunkom. Z ubocznych działań tylko 2 razy spostrzegano wymioty, podobnie jak po wstrzykiwaniach podskórnych morfiny, zresztą nie zauważono żadnych innych ubocznych działań. Co do wyżej wymienionych trzech wskazań, to przeciw bolom i jako środek nasenny działał opagen zupełnie dodatnio; co do działania przeciw biegunkom pewnego zdania powiedzieć nie można, gdyż stosowano opagen w przypadkach nie zupełnie odpowiednio dobranych. Wogóle opagen[1]) w działaniu swojem odpowiada podanemu składowi i może być użyty w tych razach, w których znajdują wskazanie przetwory makowca.

Salvarsannatrium stosował Schmidt zamiast salwarsanu i neosalwarsanu z wynikiem nie gorszym od wyników stosowania tych leków. Zaletą nowego przetworu jest to, że można go wobec znacznej jego rozpuszczalności (0·45:5·00) stosować w rozczynach bardzo silnych, a więc w małej objętości płynu wstrzykiwać stosunkowo duże dawki leku. S. rozpuszczał w strzykawce 10-gramowej aż do 0·3 i 0·45 leku. Ponad dawkę 0·3:10·0 nie przekraczał. (Münch. m. W. 1916, 8). r.

Theacylon (acetylsalicylteobromina) jest to nowy środek moczopędny, wyrabiany przez fabrykę Mercka. Radwansky próbował go w 8 przypadkach przewlekłych chorób serca lub nerek z obrzękami; wyniki były dobre, nawet tam, gdzie inne środki (naparstnica, diuretyna, cymaryna, teocyna) zawiodły. R. poleca podawać 4—6 razy dziennie po 0·5 teacylonu. Ubocznych szkodliwych działań nie spostrzegał. Korzystnie również ocenia teacylon prof. Hoffmann. (Münch. m. W. 1915, 33 i 1916. 8). r.

W bezsenności przy niedomodze serca zaleca prof. A. Fraenkel (Ther. der Gegenw. 1914, V) strofantynę, łączącą zalety leku sercowego z właściwościami nasennemi. Fraenkel używał strofantyny wyrobu Boehringera. B.

Leptynol, 2½% rozczyn wodorotlenku palladawego w oleju łogowym, stosował Vogt w klinice prof. Kehrera w Dreznie (Münch. m. W. 1914, 19) w leczeniu otyłości. Po wstrzyknięciu 2—4 cm^3 leptynolu spadała waga o 200 do 2000 gramów; wstrzykiwania po 2 cm^3 powtarzał K. dwa razy na tydzień, osiągając n. p. w jednym przypadku w ciągu tygodnia spadek wagi o 6 klgr. bez osobnej dyety. Kl.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z d. 17. XI. 1915.

Obecnych członków 48. Przewodniczy kol. Kader.

1) Przewodniczący poddaje pod głosowanie wniosek Zarządu Towarzystwa, by w styczniu 1916 r. na posiedzeniu administracyjnem zostało złożone sprawozdanie z czynności Towarzystwa za dwa lata t. j. za r. 1914 i 1915, a to z tego względu, że sprawozdanie za r. 1914 nie było zupełne z przyczyn niezależnych od Zarządu. Wniosek ten przyjęto jednomyślnie.

2) Wybrano jednomyślnie Komisyę przedwyborczą, składającą się z 14 członków i przewodniczącego kol. Godlewskiego.

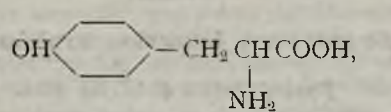
3) Przewodniczący w gorących słowach powitał otwarcie polskiego Warszawskiego Uniwersytetu w dn. 15. listopada 1915. Przemówienie to, którego obecni wysłuchali stojąc, zakończył kol. Kader życzeniem, by od tej chwili Uniwersytet Warszawski pozostał polskim po wsze czasy.

4) W myśl uchwały Zarządu zabrał głos kol. Ciechanowski, by poinformować członków Towarzystwa o stanie wydawnictwa »Przeglądu lekarskiego«. Kol. Ciechanowski przypomina powody zawieszenia wydawnictwa »Przeglądu lek.« w sierpniu 1914. W sierpniu bieżącego roku (1915) powstała myśl wznowienia wydawnictwa. Dzięki inicyatywie grona kolegów krakowskich zdołano zebrać z ofiarności prywatnej fundusz, który wystarczy na wydanie jeszcze w tym roku trzech do czterech zeszytów »Przeglądu«. Gdy warunki okażą się lepsze, »Przegląd« będzie mógł wychodzić regularnie. Wywód kol. Ciechanowskiego przyjęto oklaskami.

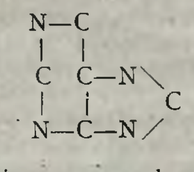
5) Kol. Marchlewski wygłosił wykład: **O witaminach i ich roli w odżywianiu.** Prelegent zastanawia się naprzód nad sprawą sztucznego odżywiania. Zagadnienie to było już dawno opracowywane przez chemików i fizyologów. Badacze podzielili

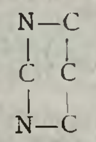
[1]) Fabryka Laokoon zmieniła nazwę przetworu »omnopon« na »opagen« (opii agentia alcaloida omnia), z powodu podobieństwa nazwy omnoponu do nazwy przetworu firmy Holman la Roche: pantopon.

się na dwie grupy: jedni z Abderhaldenem na czele twierdzą, że zagadnienie to jest rozwiązane w znaczeniu dodatniem, drudzy są zdania przeciwnego. Wiele w tej dziedzinie chemii fizyologicznej pracował Abderhalden, który w swojej broszurze »Rozwiązanie problematów sztucznego odżywiania«, zebrał wszystko, co dotychczas zrobiono. Przez sztuczne odżywianie należy rozumieć odżywianie zapomocą ciał, które, wychodząc z pierwiastków C, H, O, S, N, Ph i metali, możemy drogą laboratoryjną uzyskać. Z chemii fizyologicznej wiemy, że pokarmy nasze składają się z cukrów, tłuszczów i białka. Cukier jest asymilowany przez ustrój w postaci glukozy $C_6 H_{12} O_6$, którą syntetycznie, wychodząc z C, H, O, możemy zrobić. Otrzymana syntetycznie glukoza będzie skręcać płaszczyznę światła spolaryzowanego w prawo, lecz do tego trzeba się uciec do środków biologicznych, lub też do związków optycznie czynnych, dostarczonych przez przyrodę, jak chinina. Sprawa więc sztucznego otrzymywania glukozy jest rozwiązana. Drogą polimeryzacyi możemy otrzymać cukry wyższe, jak cukier gronowy, $C_{12} H_{22} O_{11}$, lecz w procesie asymilacyjnym nie odgrywają one wybitnej roli i muszą uledz rozkładowi na cukry prostsze. Co się tyczy białka, to zupełnej syntezy jego jeszcze nie uzyskano; udało się dotąd otrzymać ciała, identyczne z peptydami i polipeptydami, musimy się więc zgodzić, że synteza białka jest tylko kwestyą czasu. Co się tyczy wreszcie tłuszczów, to są one ciałami bez porównania prostszemi; mając glicerynę i kwasy tłuszczowe, łatwo dochodzimy do tłuszczów. Zupełnej syntezy lecytyn nie przeprowadzono, lecz są to ciała proste, złożone z kwasu fosforowego, gliceryny, kwasów tłuszczowych i choliny. Wreszcie wchodziłyby w grę ciała organometaliczne; przypuszczano bowiem, że metale lepiej się przyswajają w postaci związków organicznych. W istocie tak nie jest, ciała nieorganiczne przyswajają się lepiej, a organo-metaliczne związki w procesie asymilacyjnym muszą uledz rozkładowi z wytworzeniem jonu metalu. Abderhalden w doświadczeniach swoich nad sztucznem odżywianiem używał mieszaniny, składającej się z aminokwasów, powstałych z hydrolitycznego rozkładu kazeiny pod wpływem HCl, dodawał do tego glukozy, tłuszczów, soli fosforowych, żelaza, manganu i wapnia i tą mieszaniną karmił psa, który przez 30 dni pozostawał w równowadze azotowej. Co się jednak stało dalej z tym psem, nie wiadomo. Z mieszaniny tej Abderhalden nie wyłączył jednak tyrozyny, której



ustrój zwierzęcy syntetycznie wytworzyć nie jest w stanie, a której wyłączenie sprawia, że zwierzę nie da się utrzymać w równowadze azotowej. Począwszy od r. 1909 zjawiają się krytycy, którzy utrzymują, że zagadnienie sztucznego odżywiania nie jest rozwiązane i że te produkta, których używał Abderhalden, nie wystarczają. Pierwsze wskazówki spotykamy w pracach angielskich badaczy nad gnilcem, beri-beri, krzywicą i nad sprawami wzrostowemi. Beri-beri jest chorobą, powstającą przez to, że pokarm nie zawiera wszystkich składników, potrzebnych dla odżywiania; choroba ta pojawia się u Japończyków i Chińczyków, żywiących się ryżem. Choroba ta u tych narodów nie istniała, dopóki spożywano ryż z łupiną, a pojawiła się dopiero wtedy, kiedy przemysł zaczął fabrykować ryż polerowany, oczyszczony z łupiny. Stało się rzeczą jasną, że przyczyna choroby tkwi w braku pewnych składników, które się znajdują w łupinach. Sprawą tą zajął się dokładniej Polak, Kazimierz Funk. Karmił on gołębie żytem polerowanem. Gołębie te dostawały pewnych objawów chorobowych, choć nie identycznych z objawami beri-beri; objawy chorobowe ustępowały, gdy podawano ryż z łupiną. Funk znalazł w tych łupinach ryżowych pewne zasady azotowe, których brak właśnie wywołuje zmiany chorobowe. Te zasady nazwał Funk witaminami, nazwa, może niezbyt dobrze dobrana, gdyż witaminy nie są jedynemi wyjątkowemi ciałami, niezbędnemi w procesie asymilacyjnym. Takie samo znaczenie ma żelazo, arsen i inne. Okazało się, że witaminy są rozpuszczalne w alkoholu, lecz do jakiej grupy ciał należą, jeszcze ostatniego słowa nie wypowiedziano. Należy zauważyć, że w łupinach ryżowych znajduje się ich niezmiernie mało. Trzeba zrobić bardzo dużą ilość tych łupin, by otrzymać 1 mg witamin. Prawdopodobnie należą one albo do układu purynowego, wchodzącego w skład nukleoproteinów; układ ten przedstawia się tak: albo do układu ciał pirymidynowych





Ustrój zwierzęcy prawdopodobnie nie jest zdolny takich układów syntetyzować. Witaminy należą do ciał chwiejnych, t. j. wrażliwych na działanie ciepłoty. Nieco większa ilość witamin znajduje się w drożdżach. Przeciwko doświadczeniom Funka wystąpił Osborn, który karmił szczury pokarmami, zawierającymi amino-kwasy, tłuszcze i węglowodany i utrzymywał je przy życiu i funkcyach fizyologicznych, chociaż pokarm był uwolniony od witamin. Funk wystąpił z dowodami, że dyeta Osborna nie była dokładnie pozbawiona witamin. Zgadzają się z tem także doświadczenia Hopkinsa, który twierdzi, że Osborn używał masła, którego nie można pozbawić witamin, a nawet najdrobniejsze ich ilości wystarczają, by utrzymać zwierzę w równowadze. Brak dostatecznej ilości witamin nietylko wywołuje objawy chorobowe, lecz wpływa także na wzrost ustroju. Znane są doświadczenia Funka, potwierdzające ten wpływ. Karmił on dwa młode kurczęta, jedno normalnie, a drugie pokarmami, pozbawionymi witamin. To drugie kurczę okazywało po pewnym czasie wyraźny zastój we wzroście. Tym doświadczeniom zdaje się jednak przeczyć fakt, że dzieci angielskie, pomimo, że są karmione mlekiem humanizowanem, rosną doskonale. Jednakże nie należy zapominać, że pobierają one witaminy w sokach owocowych, które matki, niejako instynktownie, podają dzieciom.

W dyskusyi podnosi a) kol. Latkowski, że istnieją obserwacye, iż dzieci, karmione przez matki, pobierające pokarmy o małej ilości witamin, rozwijają się licho. — b) Kol. Browicz podnosi, że witaminy odgrywają rolę nietylko we wzroście tkanek fizyologicznych, lecz i patologicznych, a więc nowotworów. — c) Kol. Weissglass jest zdania, że cukrzyca jest chorobą, spowodowaną przez niedostateczną asymilacyę witamin, i że właśnie podawanie chleba otrębowego, zawierającego dużo witamin, poprawia stan chorego. — d) Kol. Klecki wspomina, że istnieje osobny witamin wzrostowy, który wpływa na wzrost tkanek fizyologicznych i patologicznych. Zwierzęta z zaszczepionym nowotworem, karmione pokarmem, pozbawionym witamin, nie rosły, lecz nie wzrastał też i nowotwór. Witaminy należy sobie wyobrażać jako aktywatory gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu.

6) Kol. Radliński podaje sposób **wyciągu kończyny przy złamaniach uda** zapomocą bezpośredniego wyciągu kości. Ma to zastosowanie u osób wyniszczonych, u których plaster wyciągowy wywołuje trudno gojące się odleżyny.

Posiedzenie z d. 15. XII. 1914.

Obecnych członków 36. Przewodniczący kol. Kader.

1) Przewodniczący poświęcił kilka słów pamięci zmarłych członków honorowych, a niegdyś prezesów Towarzystwa, prof. Wicherkiewicza i prof. Jakubowskiego, scharakteryzował ich działalność lekarską i społeczną, oraz wyraził żal z powodu ich zgonu. Zebrani uczcili pamięć zmarłych przez powstanie.

2) **Wybór Zarządu Towarzystwa na r. 1916.** Kol. Godlewski imieniem Komisyi przedwyborczej przedstawił kandydatów do Zarządu na rok 1916. Kandydatów tych zebranie jednomyślnie wybrało. (Głosujących członków 27).

Prezesem Towarzystwa został wybrany kol. Piltz (na rok). Wiceprezesem kol. Ciechanowski (na rok). Redaktorem »Przeglądu lekarskiego« ponownie kol. Ciechanowski (na trzy lata). Administratorem »Przeglądu« ponownie kol. Wojciechowski (na trzy lata). Sekretarzem stałym kol. Nitsch (na 2 lata). Sekretarzem dorocznym kol. Borowiecki (na rok). Bibliotekarzem ponownie kol. Blassberg (na 2 lata). (Skarbnik kol. Akerman i gospodarz kol. Seńkowski, wybrani w r. 1913 na 3 lata, urzędują do końca r. 1916).

Do Komisyi kontrolującej ponownie wybrani kol. Piotrowski i kol. Stahr, do Komisyi redakcyjnej ponownie koledzy: Browicz, Krzyształowicz, Rutkowski, Majewski, Blassberg. Przewodniczącym stałej Komisyi słownikowej pozostaje nadal kol. Browicz. Delegatami do Rady zawiadowczej Towarzystwa lekarzy galicyjskich wybrani ponownie kol. Ciechanowski i Browicz, do Komisyi kontrolnej Tow. lekarzy galicyjskich kol. Schöngut. Delegatami na Walne Zgromadzenie Towarzystwa lekarzy galicyjskich wybrano tych samych kolegów, co w roku 1913.

3) Kol. Rosenhauch przedstawił **przypadki zranienia oczodołu pociskami karabinowymi i szrapnelowymi.** W przypadkach tych pociski uwięzły w oczodole, stąd je następnie drogą operacyjną wydobyto, z zachowaniem dobrej bystrości wzrokowej. W jednym przypadku kula szrapnelowa utkwiła w ciałku szklistem; oko to usunięto.

W dyskusyi zabierał głos kol. Radliński.

4) Kol. Kader przedstawił przypadek **resekcyi krtani,** wykonany w klinice chirurgicznej przed 5 laty **z powodu raka.** Przypadek ciekawy ze względu na trudność zabiegu; niema nawrotu po 5 latach. Operowany pomimo usunięcia wraz z krtanią strun głosowych mówi dość wyraźnie. — Następnie przedstawił kol. Kader przypadek **postrzału głowy:** pocisk, jak wykazuje płyta rentgenowska, tkwi na podstawie czaszki, w okolicy siodła tureckiego.

Posiedzenie z d. 24. VI. 1914.

Przewodniczy kol. Kader, obecnych członków 40.

1) Kol. Ciechanowski przedstawił:

a) Przypadek **rozwoju raka** (cylindrycznokomórkowego) **w obrębie płodziaka** (embryoma) prawego jajnika, w którym równocześnie, jako osobny napozór guz, istnieje duży włókniak. Przerzuty raka, wychodzącego z płodziaka, znajdowały się w wątrobie, prawych gruczołach przyoskrzelowych, prawych gruczołach nadobojczykowych, w tarczycy, a wreszcie w obrębie kostniaka, który w tymże przypadku znajdował się w II żebrze prawem. (S. 509. r. 1914).

b) Okaz **mięsaka** (wielkokomórkowego jamkowatego), który zajmował część **szarego guza i lejka mózgu,** ale przedewszystkiem **pasma wzrokowe, skrzyżowanie nn. wzrokowych i śródczaszkową część nn. wzrokowych,** zachowujących jeszcze swój kształt ogólny, ale w trójnasób zgrubiałych; u wyjścia nerwów z czaszki naciek nowotworowy urywa się nagle, tak, że śródoczodołowy odcinek nerwów wzrokowych wcale nie jest zajęty nowotworem, a nawet ścieńczały i zanikły. Za życia stwierdzono zanik nn. wzrokowych, limfocytozę w płynie dobytym przez nakłucie lędźwiowe, słaby odczyn Pirqueta, objawy płucne podejrzane w kierunku gruźlicy (której przy sekcyi nigdzie jednak nie znaleziono) i przypuszczano zapalenie opon na podstawie mózgu. (S. 909. 1913).

2) Kol. Ciechanowski i Lewkowicz przedstawili przypadek pierwotnego **rozlanego mięsaka opon miękkich,** występującego u chłopca 8-l. w postaci wielkich płaskich nacieków na dolnej powierzchni obu półkul móżdżkowych i obu płatów potylicznych i skroniowych mózgu. Mięsak wrasta gdzieniegdzie niegłęboko w korę mózgową; histologicznie mięsak drobnokomórkowy, miejscami alweolarny (S. 502. 1914). Klinicznie wywoływał ten nowotwór obraz, przypominający surowicze zapalenie opon (meningitis serosa).

3) Kol. Kader przedstawił przypadki, operowane w klinice chirurgicznej.

4) Kol. Rose miał wykład: **O nowych badaniach nad lokalizacyą w korze mózgowej.**

W dyskusyach przemawiali kol. Blassberg, Borowiecki, Ciechanowski, Kader, Lewkowicz, Rogalski, Rose.

Posiedzenie z d. 12. I. 1916

Obecnych członków 30. Przewodniczący kol. Piltz.

1) Przewodniczący poświęcił kilka słów pamięci kol. dr Maryana Sokołowskiego, zmarłego na dur plamisty, podnosząc zalety jego charakteru. Zebrani uczcili pamięć zmarłego przez powstanie.

2) Sprawozdanie Zarządu Towarzystwa za rok 1914 i 1915.

a) Sekretarz stały kol. Damski odczytał następujące sprawozdanie:

»Prawdopodobnie zdarza się po raz pierwszy, że Zarząd składa sprawozdanie za dwa lata razem. Przyczyną tego wojna, która na pewien czas spowodowała pewien zastój w czynnościach Towarzystwa, szczególnie w pierwszych miesiącach po mobilizacyi. Pierwsze jednak półrocze 1914 było zupełnie prawidłowe. Od 14. stycznia aż do 24. czerwca odbywały się regularnie co tydzień naukowe posiedzenia. Było ich 10. Odczytów było 14, a mianowicie z antropologii 1, interny 2, rentgenologii, farmakologii, higieny, bakteryologii, ginekologii, medycyny sądowej, otyatryi po jednym, z okulistyki 2, wreszcie jeden zajmujący aktualnością swoją odczyt o współczesnej pomocy lekarskiej. Demonstracyi w tymże samym okresie było 76 ze wszystkich zakresów medycyny. Dnia 24. czerwca odbyło się ostatnie naukowe posiedzenie przed feryami.

W letniem półroczu odbył Wydział 4 posiedzenia administracyjne, na których rozważano sprawę odnowienia budynku, ewentualnie wybudowanie II. piętra. Ze wzrostem bowiem biblioteki coraz bardziej odczuwa się brak miejsca.

Przez cały czas przedwojenny było Towarzystwo nasze, jak zawsze dotąd, w łączności z pokrewnemi instytucyami, biorąc pośrednio lub wprost udział w ważnych chwilach. I tak wydaliśmy zeszyt »Przeglądu lekarskiego« z 30/V ku uczczeniu 40. rocznicy założenia Towarzystwa lekarskiego lubelskiego i zamianowaliśmy członkami honorowymi naszego Towarzystwa Dr Stanisława Dobruckiego i Aleksandra Jaworowskiego z Lublina. Na obchodzie jubileuszowym w Lublinie był przedstawicielem naszego Towarzystwa Prof. Dr Ciechanowski. Na Zjeździe lekarzy i przyrodników czeskich, który się odbył od 29/V.—3/VI. 1914 r., było Towarzystwo nasze reprezentowane przez prof. Wicherkiewicza i prof. Łepkowskiego. Dnia 21/VI. 1914 odbyło się odsłonięcie pomnika prof. Jordana, a na uroczystości tej przemawiał Rektor Prof. Kostanecki imieniem wszystkich naszych instytucyi lekarskich. W maju gościliśmy u siebie Zjazd balneologów polskich, połączony ze zjazdem turystycznym, biorąc żywy udział w obradach i odczytach. Na Zjeździe higienistów i internistów polskich w lipcu 1914 byliśmy zastąpieni przez prof. Ciechanowskiego i Dr Janiszewskiego. Jubileusz 40-lecia pracy zawodowej Prof. Przemysława Pieniążka uczciliśmy, poświęcając Mu zeszyt »Przeglądu lekarskiego«.

Wszystko to, o czem sprawozdanie wspomina, odbyło się w letnim okresie. W sierpniu wybuchła wojna i z chwilą tą zamarło życie naszego Towarzystwa. Znaczna część członków stanęła na posterunku, jako lekarze wojskowi. Wielu pospieszyło na inne pola pracy społeczno-lekarskiej i w budynku tym zaległa chwilowa cisza i martwota. Nadto i »Przegląd lekarski« przestał w sierpniu wychodzić (ostatni zeszyt z 8/VIII.), a tem samem zerwała się nić, łącząca Towarzystwo z członkami i z pokrewnemi instytucyami.

Nie trwało to jednak długo. Już 9/XII. 1914 uchwalił Wydział Towarzystwa przeprowadzić nowe wybory na r. 1915 i ile możności wznowić posiedzenia naukowe. Sprawę wyborów załatwiono w ten sposób, że pozostawiono w urzędowaniu stary Wydział, uzupełniając go jedynie wyborem prof. Piltza, jako wiceprezesa, po ś. p. Rydlu, zmarłym w maju 1914. I znowu po chwilowym zastoju poczęło się życie w Towarzystwie, rozpoczęły się coraz regularniej posiedzenia naukowe, których w r. 1915 odbyło się 8, urozmaicone licznemi demonstracyami, szczególnie z dziedziny chirurgii wojennej. Posiedzenia były mniej liczne, niż zazwyczaj, bo brak jeszcze wielu kolegów w Krakowie, a uderzały oryginalnym widokiem, gdyż wielu kolegów, od Prezesa począwszy, pełniąc służbę wojskową, na posiedzenia przychodziło w mundurach.

W sprawach ogólnych, odpowiednio do potrzeb obecnej doby, przyłączyło się nasze Towarzystwo do akcyi Wydziału Związków lekarskich austryackich z żądaniem zaprowadzenia przymusowego szczepienia ospy, a w ostatnim czasie zwróciło się za pośrednictwem swego reprezentanta, rektora Browicza, do rządu z uzasadnionem życzeniem, aby dopuszczono lekarzy z głosem decydującym w komisyach rządowych, zajmujących się odbudową części naszego kraju, zniszczonych wojną. Nadmienić jeszcze należy, że tak w roku 1914, jako też i w ubiegłym, nie odbyło się Walne Zgromadzenie Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego, z powodu inwazyi rosyjskiej.

Krótkie to sprawozdanie Zarządu kończymy wspomnieniem o licznych, a bardzo bolesnych stratach, jakie śmierć spowodowała w szeregach członków Towarzystwa. Ubiegłe dwulecie w naszej kronice żałobnej zaznaczyło się wyjątkowo wysoką liczbą, a liczne niestety nazwiska zmarłych łączą się nietylko z historyą naszego Towarzystwa, ale i z historyą medycyny polskiej. Bardzo niedawno żegnaliśmy na zawsze Prof. Bolesława Wicherkiewicza i seniora krakowskich profesorów medycyny, Macieja Jakubowskiego, poprzednio zmarli profesorowie nadzwyczajni Erwin Mięsowicz, Stanisław Ponikło, Karol Żuławski, dalej docent Stanisław Droba, Adam Rydel, Stanisław Szurek, obaj znani specyaliści i cenieni przez kolegów, Alfred Bergrün i Roman Sopiński, obaj emerytowani lekarze powiatowi i dr Schudmak. Z liczby naszych członków honorowych ubyli Dr Dobrzycki z Warszawy, Dr Wojnicz z Wilna i nestor chirurgów polskich, prof. Julian Kosiński z Warszawy. — Cześć ich pamięci!

Członków zwyczajnych liczy obecnie Towarzystwo 222, a honorowych 34. — Ze sprawozdania, które mam zaszczyt kolegom przedłożyć, raczycie koledzy wywnioskować, że mimo

straszliwej światowej wojny, która szczególnie na ziemi polskiej szaleje, Towarzystwo nasze ostało się, że spełniało, choć chwilowo w mniejszym zakresie, swoje zadania i obowiązki, a mamy nadzieję, że w niedalekiej przyszłości rozszerzy działalność swoją na większy obszar ziem polskich, przodując i do pracy zachęcając«. (Oklaski).

b) Skarbnik kol. Akerman przedstawił sprawozdanie kasowe.

c) Bibliotekarz kol. Blassberg odczytał następujące sprawozdanie ze stanu biblioteki Towarzystwa:

Do inwentarza i katalogu bibliotecznego wciągnięto w ciągu r. 1914 i 1915 13 dzieł i 18 wydawnictw peryodycznych i czasopism, tak, że dnia 31 grudnia 1915 było w bibliotece uporządkowanych i skatalogowanych razem 10.900 dzieł i broszur oraz 636 wydawnictw peryodycznych. Inwentaryzacyi wpływów z powodu wojny nie ukończono. Płatny pomocnik bibliotekarza rozpoczyna na nowo czynność od stycznia 1916.

W ciągu tych 2 lat korzystało z biblioteki 53 członków. Z biblioteki wypożyczono książek lub pism 203, zwrócono 154, zostaje zaległych 41. Nadto z ubiegłych lat nie wpłynęło dotąd 87 książek lub czasopism.

Dary: Szczególniejszą opieką otaczał bibliotekę, jak za innych lat, tak i w latach 1914 i 1915 Prof. Dr Ciechanowski, który ofiarował bibliotece liczne dzieła i czasopisma. Oprócz tego otrzymała biblioteka w roku 1914 znaczniejsze dary od ś. p. Radcy Dworu Prof. Dra Wicherkiewicza i od Prof. Dra Bossowskiego z Krakowa, od Dr Serkowskiego i Hermana z Warszawy oraz bibliotekę, złożoną ze 120 tomów, pozostawioną testamentem przez ś. p. Dr Kalisza z Tarnowa. W roku 1915 otrzymała biblioteka od pani Berggrünowej, wdowie po ś. p. fizyku z Chrzanowa, 50 tomów, od Dr Mieczysława Kramarzyńskiego 20 tomów i od ś. p. Dr Reifera 50 tomów.

d) Podskarbi komisyi redakcyjnej kol. Wojciechowski przedstawił sprawozdanie z administracyi »Przeglądu lekarskiego«.

e) Następnie zabrał głos redaktor »Przeglądu lekarskiego« kol. Ciechanowski:

Wbrew zwyczajowi, że redaktor nie składa osobnego sprawozdania, bo starczy za nie każdoroczny tom »Przeglądu lekarskiego«, zabiera kol. C. głos dlatego, że minęło właśnie dziesięć lat od czasu, gdy Towarzystwo lekarskie krakowskie powierzyło kol. C. redakcyę, a kol. Wojciechowskiemu administracyę swego organu. Dziesięciolecie jest w życiu czasopisma okresem stosunkowo tak długim, że należy z niego ogólnie zdać sprawę. Z gospodarki administracyjnej zdał właśnie sprawę kol. Wojciechowski; na zasadzie tego sprawozdania można ją bez przesady nazwać doskonałą. — Kol. C., obejmując przed 10 laty redakcyę, nakreślił sobie wtedy program na zasadzie doświadczeń, zebranych przez dawniejsze dziesięcioletnie współpracownictwo w »Przeglądzie«, oraz przez kilkoletnią pracę w komisyi redakcyjnej, przez doroczne zastępstwo za redaktora i przez półtoraroczne kierowanie administracyą; z programem tym jednakże z góry nie występował, nie wiedząc, czy się go spełnić powiedzie. Program ten streszczał się w dążeniu do zbliżenia i jednoczenia ruchu naukowo-lekarskiego i zawodowego całej Polski. Należało więc dążyć do odzwierciedlenia w »Przeglądzie« działalności wszystkich Towarzystw naukowych polskich, do skupienia około »Przeglądu« autorów ze wszystkich dzielnic, aby ułatwić wzajemne poznanie swojej działalności, by przeciwdziałać rozbieżnym wpływom i przygotowywać przez to teren dla rozwoju samodzielnej myśli naukowej polskiej. Szło również o stałe zbliżenie się najszerszych kół lekarskich polskich (w czasie zjazdów jest ono tylko przelotne), o obudzenie wzajemnego zainteresowania się tak sprawami zawodowemi, jak i działalnością społeczną lekarzy-Polaków. Poza tą główną wytyczną pozostawały zadania, o które musi dbać każdy tygodnik lekarski, w jakimbądź wydawany języku, jeżeli chce nadążyć za wymaganiami współczesnej doby; o tych więc punktach program kol. C. nie będzie mówić.

Naczelny cel i drogi, do niego wiodące, były rozwinięciem tego, co rozpoczęło dziesięciolecie poprzednie pod kierunkiem czcigodnego kol. Kwaśnickiego, nawiązując do tradycyi założycieli i pierwszych redaktorów »Przeglądu lekarskiego«. Chociaż celu tego jeszcze nie osiągnięto, to jednak, jak sądzi kol. C., do niego się zbliżono: »Przegląd lekarski« został organem wielu Towarzystw lekarskich polskich, a z innych stale pomieszczał sprawozdania; zamierzone skupienie sił zaznaczyło się połączeniem z łódzkiem »Czasopismem lekarskiem« i nawiązaniem ścisłych stosunków z lwowskim »Tygodnikiem«, oraz poznańskiemi »Nowinami«, a sprawę skupiania sił poparło połączenie się dwu pism lekarskich w Warszawie (»Medycyny« z »Kroniką lekarską«); współdziałano w tworzeniu czasopism o charakterze »archiwów« lekarskich (Przegląd pedyatryczny, Gruźlica, Rocznik lekarski), pomieszczających większe prace ze specyalnych zakresów. Podjęcie przez »Przegląd lekarski« spraw zawodowych i społeczno-higienicznych doprowadziło do tak żywego ruchu piśmienniczego, że w końcu dział ten nie mógł się pomieścić w ramach »Przeglądu«, odstąpiono go więc »Słowu lekarskiemu«, założonemu w tym celu przez »Związek lekarzy«. Powiodło się też zebrać w »Przeglądzie« obraz dość pełny przejawów działalności lekarzy w całej Polsce. Najważniejszym jednak jest, jak się zdaje, fakt, że ogłaszane w »Przeglądzie« badania oryginalne napływały coraz liczniej ze wszystkich bez wyjątku części Polski. W gronie współpracowników spotykali się ze sobą lekarze Polacy tak ze wszystkich ognisk naszego ruchu naukowego, jak i ze wszystkich dzielnic prowincyonalnych i z obczyzny, a »Przegląd«, stawszy się najpoczytniejszem pismem lekarskiem polskiem, docierał wszędzie, gdzie dociera polska mowa.

Po dziesięciu latach miałaby może obecna redakcya i administracya prawo dalszy ciąg pracy oddać w inne ręce i takby się może w zwykłych warunkach było stało; ale w okresie wojny, gdy »Przegląd« przechodzi trudne przesilenie, odejść się zapewne nie godzi. Nadzieję, że »Przegląd« przetrwa i to przesilenie, czerpie mowca w poparciu komisyi redakcyjnej, złączonej wieloletnią pracą w wypróbowane grono, któremu dziękuje w pierwszym rzędzie za koleżeńską pomoc, — oraz w nader gorącem poparciu moralnem i materyalnem licznego grona kolegów, którzy umożliwili wznowienie wydawnictwa, a których ofiarę uważa »Przegląd« niejako za dług, gdy okoliczności pozwolą, przeznaczony na zwrócenie potrzebującym, — wdowom i sierotom. Nie stawiając zresztą programu na przyszłość, której przewidzieć dziś nikt nie może, kończy kol. C. tylko życzeniem, by »Przegląd lekarski« mógł jaknajrychlej spełniać swą służbę wobec lekarzy i zjednoczonej nauki lekarskiej całej, a zjednoczonej Polski. (Oklaski).

W dyskusyi zabierali głos kol. Kwaśnicki, Wojciechowski i Ciechanowski.

3) Kol. Piotrowski imieniem Komisyi kontrolującej wniósł absolutoryum i podziękowanie ustępującemu Zarządowi za jego pracę. Wniosek przyjęto oklaskami.

4) Kol. Rosner poruszył myśl dążenia do złączenia »Przeglądu lekarskiego« i »Tygodnika lekarskiego lwowskiego«. W sprawie tego wniosku przemawiali w dyskusyi kol. Gliński, kol. Ciechanowski, kol. Wojciechowski i kol. Piltz. Wniosek uchwalono przekazać Zarządowi Towarzystwa.

5) Ponieważ kol. Piltz złożył z powodu licznych zajęć zawodowych mandat delegata Towarzystwa lekarskiego do Komitetu obywatelskiego odbudowy wsi i miast, przeto na miejsce jego wybrano kol. Ciechanowskiego.

6) Kol. Henryk Wilczyński (Zakopane) przedstawił niezwykły przypadek ogólnego **stwardnienia skóry,** tkanki podskórnej i mięśni, w którym dotychczas rozpoznanie nie zostało jeszcze ustalone i wahało się pomiędzy tężcem, sklerodermią a włośnicą.

W dyskusyi zabierał głos kol. Reiss, uważając przypadek demonstrowany za niezwykłą postać sklerodermii (sclerodermia acuta oedematosa — Besnier).

7) Kol. Rogalski przedstawił przypadek **tężyczki.**

Sekretarz doroczny: Dr Borowiecki.

Posiedzenie z d. 26. I. 1916.

Obecnych członków 17.

1) Przewodniczący kol. Piltz poświęcił kilka słów wspomnienia kol. Dr Eugeniuszowi Borzęckiemu, b. prezesowi Towarzystwa lekarskiego, zmarłemu na dur plamisty, charakteryzując jego indywidualność i podnosząc jego zasługi. Zebrani uczcili pamięć zmarłego przez powstanie.

2) Kol. Hładij przedstawił 2 przypadki **nephritis dolorosa,** leczone uwolnieniem nerek ze zrostów oraz ich obłuszczeniem (decapsulatio), podnosząc dobre wyniki, tą drogą otrzymane. Nadto przedstawił przypadek **tętniaka urazowego** tętnicy pachowej i drugi tętnicy podobojczykowej, **leczone** operacyjnie **szwem naczyniowym.** W pierwszym przypadku oprócz dodatniego wyniku chirurgicznego znaczne polepszenie porażenia splotu barkowego.

W dyskusyi zabierał głos: a) kol. Braun, przypominając leczenie rzucawki zapomocą obłuszczenia nerek; b) kol. Rosner, kwestyonując racyonalność tego zabiegu wobec rzucawki; c) kol. Radliński, ograniczając wskazanie do wykonania szwu naczyniowego, widząc je jedynie tam tylko, gdzie obwodowy od-

cinek naczynia po otwarciu tętniaka nie krwawi; d) kol. Bogdanik, kol. Rosenhauch, kol. Hładij, odpowiadali poprzednim mówcom.

3) Kol. Radliński: **O postępowaniu przy postrzałach stycznych czaszki.**

W dyskusyi kol. Hładij omawiał swoje doświadczenia z zakresu uszkodzeń czaszki, zebrane podczas swej działalności lekarskiej w pobliżu frontu. Sekretarz: Dr Borowiecki.

Posiedzenie z d. 9. II. 1916

Obecnych członków 18.

1) Przewodniczący kol. Ciechanowski odczytał list prezydenta Najwyższej Rady zdrowia prof. Weichselbauma, uznający wielką doniosłość memoryału Krakowskiego Towarzystwa lekarskiego w sprawie zwalczania chorób zakaźnych, oraz donoszący, że przekaże ten memoryał Komitetowi Rady do zwalczania chorób zakaźnych.

2) Następnie wybrano na miejsce ś. p. kol. Borzęckiego, jako delegata Krakowskiego Towarzystwa lekarskiego do Komitetu obywatelskiego odbudowy wsi i miast, kol. Nitscha.

3) Dalej odczytano list adwokata Dr Reifera, donoszący o zapisie bł. p. Dr Adolfa Reifera, byłego lekarza miejskiego i sądowego w Tarnobrzegu, w sumie 1000 koron na rzecz wdów i sierot po lekarzach.

4) Kol. Piltz przedstawił: a) przypadek **depresyi peryodycznej** (psychosis maniacalis-depressiva. — chory E. H., lat 29), charakteryzujący się następującymi objawami: głębokiem przygnębieniem, zwolnieniem biegu myśli, egocentryzmem, obniżeniem samopoczucia, urojeniami grzeszności i samooskarżenia, lękiem, a z drugiej strony brakiem apetytu, zaparciem, bezsennością i wychudzeniem. Wywiady wykazują, że ciotka (siostra matki) chorego w 16. r. ż. cierpiała na depresyę, chory w 18. r. ż. po raz pierwszy przebył okres depresyi, a w 25. r. ż. po raz drugi; obecna choroba jest już zatem trzecim nawrotem. Przy sposobności tego przypadku zwraca kol. Piltz uwagę na to, iż na podstawie spostrzeżeń odnośnych przypadków doszedł do następujących wniosków: 1) że dziedziczność w przypadkach peryodycznej depresyi jest homologiczna, 2) że poszczególne fazy depresyi najczęściej występują i ustępują nagle i niezależnie od jakichkolwiekbądź wpływów zewnętrznych i 3) że pierwszy napad depresyi występuje przez kilka generacyi u różnych członków rodziny najczęściej w tym samym wieku.

b) Przypadek **obłędu pierwotnego** (paranoia) u kupca M. D., lat 44., który przebył kiłę w 20. r. ż., a od 32. r. ż. przejawia w sposób zupełnie wyraźny chorobę umysłową, znamionującą się systemem urojeń, według których chory jest źródłem zakażenia kiłą, obejmującego coraz to szersze kręgi i zagrażającego nawet armii i wynikom wojny. W sprawie tej wnosił chory w październiku r. 1915 podanie do Najwyższej Rady zdrowia, z prośbą o poczynienie odpowiednich zarządzeń.

c) Przypadek **otępienia paranoidalnego** (dementia paranoides) z urojeniami i omamami, którego sylwetka zewnętrzna stanowi barwny dorobek całego szeregu lat, pełnego urojeń i dziwactw.

W dyskusyi nad pierwszą demonstracyą przemawiali kol. Klecki, Blassberg, Ciechanowski, Rogalski. W dyskusyi nad demonstracyą drugą zabierali głos: kol. Rogalski, Ciechanowski, Majewski. — Kol. Piltz odpowiadał wymienionym mówcom.

Sekretarz. Dr Borowiecki.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

XXVII. Posiedzenie naukowe z d. 17 grudnia 1915 r.

Przewodniczący kol. Kučera, protokołuje kol. Szczepański. Obecnych 31 kolegów.

Porządek dzienny:

I. Kol. Franke przedstawia następujące przypadki z oddziału chorób wewnętrznych szpitala garnizonowego Nr 14 we Lwowie: 1) Chory, który zachorował przed 14 dniami i leżał początkowo w szpitalu polowym, gdzie przypuszczano dur. Chorego przewieziono do szpitala garnizonowego do Lwowa. Stwierdzono tu u chorego krwawienie z dziąseł, z kiszki; od dwóch dni liczne wybroczynki w skórze. Gruczoły na szyi i pod pachami silnie powiększone, ale i wszystkie inne powiększone. Szmery anemiczne w sercu. Śledziona powiększona, niebolesna. Mocz zawiera sporą ilość ciałek czerwonych. Badanie krwi wykazało: ciałek czerwon. 2,000.850, ciałek białych 4.700; hemoglobiny (Sahli) 40—45% neutrofilów 44%, tucznych 0·4%, limfocytów małych i dużych 48%, jednojądrzastych i przejściowych razem 55·6%. A zatem stan krwi: niedokrwistość, leukopenia z przeważną ilością limfocytów. Mowca przypuszcza, że u chorego rozwinie się **ostra białaczka** (leucaemia acuta).

Dyskusya: a) Kol. Schramm słyszał od kolegów lekarzy wojskowych, że często zdarzają się skazy krwotoczne w okopach u żołnierzy, a Weiser z Wiednia wspomina o krwotocznem zapaleniu dziąseł. — b) Kol. A. Gluziński zapytuje, jak długo trwał stan gorączkowy przed wystąpieniem krwawień. — c) Kol. Franke: 11 dni. — d) Kol. A. Gluziński niedawno widział chorą, gorączkującą, z ciężkiem stanem anemicznym (1,000.700 ciałek czerwonych) z krwawieniami z dziąseł i z krwotokiem z kiszki. Zbadano krew próbą Widala; wynik próby był dodatni. Był to dur brzuszny z krwotokami. Czy i w tym przypadku nie mamy do czynienia z durem? — e) Kol. Franke, spostrzegał tylko raz u żołnierza krwawienia z dziąseł, owrzodzenia jamy ustnej, rozpoznał wtedy gnilec (scorbutus), a obraz krwi był zupełnie inny, aniżeli w przypadku, który dzisiaj przedstawia. Odpowiednia dyeta jarzynowa, cytryny i t. p. stan ten w dwóch tygodniach poprawiły. Co do myśli kol. Gluzińskiego wykona odczyn Widala, chociaż przeciw durowi przemawia powiększenie gruczołów, coby raczej wskazywało na zmiany w układzie krwionośnym.

2) Następnie przedstawia kol. Franke chorego, który został zraniony kulą karabinową 25. czerwca 1916 w okolicę międzyłopatkową. Gorączkował wtedy 6 tygodni, poczem wyzdrowiał; ranki dla wylotu kuli nie znaleziono. Z końcem października zaczął niedomagać; wystąpiły bóle w okolicy piersiowej; ciepłota podniosła się do 40%, tętno 140. Równocześnie wystąpiły objawy fizyczne ze strony płuc. W okolicy międzyłopatkowej, osobliwie po stronie lewej, przytłumienie; szmer oddechowy z głębi oskrzelowy. Plwocina ropna, cuchnąca. Zresztą w innych narządach niema żadnych zmian. Mowca rozpoznał ropień płuca. Badanie rentgenowskie wykazało, że kula znajduje się poniżej brodawki sutkowej lewej gdzieś tuż ponad sercem. Stan ten trwał trzy tygodnie, potem wystąpiły nagle bóle w okolicy odbytu. Utworzył się ropień; ropa odchodziła cuchnąca; stan septyczny. Ropień w dole począł się goić, a także plwocina zwolna przestawała być obfitą i cuchnącą; chory przestał gorączkować. Obecnie już od 6 tygodni czuje się zupełnie zdrowym. Kula obecnie znajduje się u przyczepu mięśnia prostego brzucha. (Przedstawienie rentgenogramów). Ciekawa jest **wędrówka kuli** ku **powierzchni ciała.** 3) Dalej przedstawia kol. Franke chorego, który gorączkował 2 tygodnie z torem gorączki przerywanym. Podawano chininę po kilka gramów dziennie. Ciepłota spadła, lecz po tygodniu znów nawrót, później jeszcze dwa nawroty. Badanie krwi wykazało **pasorzyty zimnicze**, a mianowicie półksiężyce zimnicy podzwrotnikowej. (Demonstracya preparatów mikroskopowych).

II. Kol. Nelken: Demonstracye przypadków z oddziału neurologicznego szpitala garnizonowego Nr 14 we Lwowie. 1) **Zbiór objawów Claude-Bernarda-Harnera.** H. M., lat 21., ma zmiany w innerwacyi lewej połowy twarzy: zwężenie szpary ocznej i źrenicy, wgłębienie gałki ocznej (enophthalmus), zaczerwienienie lewej połowy twarzy i jej spłaszczenie, zwłaszcza w okolicy skroni i ust. Wreszcie lewa połowa twarzy nie poci się, wówczas kiedy pot występuje wyraźnie po stronie prawej (anidrosis). Rozpoznanie: porażenie lewego n. współczulnego szyjnego. Chory przybył do szpitala 24. września z zapaleniem gardła, do którego przyłączyło się lewostronne zapalenie gruczołu tarczowego, które jednakże po tygodniu ustąpiło. Możnaby zatem przypuszczać, że nerw współczulny wciągnięty został w sprawę zapalną. Chory jednak twierdzi napewno, że już przed 3. laty zauważono u niego w domu, że się jednostronnie poci. Badanie w kierunku sprawy rdzeniowej, specyalnie w kierunku jamistości rdzenia wypadło ujemnie. Należy jednak podkreślić, że chory od szeregu tygodni skarży się na napadowo występujące bóle w lewej skroni i lewej połowie głowy. Sprawę zatem etyologii przedstawionego zbioru objawów może rozstrzygnąć jedynie dalsza obserwacya. Chory wogóle jest skłonny do obrzmiewania gruczołów limfatycznych i stanów gorączkowych. — 2) **Akromegalia, powikłana przez boczne stwardnienie rdzenia** (sclerosis lateralis amyotrophica). U B. R., l. 39., dają się zauważyć zmiany w budowie głowy i obydwu rąk. Obwód głowy 59 cm., guz potyliczny silnie wystaje, nos haczykowaty, dolna szczęka prognatyczna. Język szeroki, zwłaszcza na brzegach zgrubiały. Wysadzenie oczu po stronie prawej wyraźniejsze, niż po lewej. Ręce w porównaniu do przedramion powiększone i zgrubiałe, palce kiełbaskowate, paznokcie szerokie, krótkie z podłużnemi bruzdami. Garb górnej części grzbietowej kręgosłupa, miejscowe zgrubienia innych kości: obojczyków, żeber, grzebieni łopatek. Badanie rentgenologiczne wykazuje daleko

idące zniszczenie siodła tureckiego, zwłaszcza jego części tylnej, rozdęcie zatoki czołowej i klinowej, wypuklenie guza potylicznego (protub. occip. externa). Na kościach palców znajdują się małe pagórkowate zgrubienia; poza tem parestezye w okolicy lędźwiowej i kończynach, zwiększone łaknienie i pragnienie, polyuria, (mocz bez cukru). Ogólnych objawów zwiększenia ciśnienia wewnątrzczaszkowego, jakoteż niedowidzenia połowiczego (hemianopsia bitemporalis) niema. Objawy psychiczne, swoiste wszystkim psychozom organicznym: zaburzenia postrzegania, uwagi i pamięci, zmienność afektów ze skłonnością do depresyi i płaczliwości. Na zasadzie wyżej wspominanych objawów, zwłaszcza zaś badania rentgenologicznego rozpoznano akromegalię. Poza tem znajdują się u chorego wyraźne zaniki małych mięśni obydwu rąk, typu rdzeniowego, wywołujące obustronną rękę szponowatą i wzmożenie odruchów na kończynach górnych i dolnych, jednakże bez trwałych klonusów i bez objawu Babińskiego. Brak jakichkolwiek zaburzeń czucia przemawia przeciw jamistości rdzenia a za bocznem stwardnieniem (sclerosis lateralis amyotrophica). (Streszczenie własne).

Dyskusya: a) Kol. Barącz zwraca uwagę, że u pierwszego przedstawionego chorego niema zwężenia źrenicy, jak to zwykle bywa w schorzeniach nerwu współczulnego. Mowca wykonał kilka razy wycięcie nerwu współczulnego przy padaczce. Następstwem zabiegu było opadnięcie powieki i zwężenie źrenicy, co się wkrótce wyrównywało, tak, że mowca nie widział szkodliwych następstw po zabiegu. — b) Kol. Orzechowski widział chorą, u której wykonano wycięcie obustronne nerwu współczulnego. Następstw ujemnych po zabiegu nie było.

III. Dyskusya nad wykładem kol. Hermana: **O ranach postrzałowych czaszki:**

a) Kol. Barącz jako kierownik oddziału chirurgicznego szpitala garnizonowego, spostrzegał od 3/8 1914—18/1 1915 37 przypadków, od 27/6—10/7 1915 zaś aż 56 przypadków, razem 93 przypadków ran postrzałowych czaszki. Drugi okres działalności kolegi B. był za krótki, ażeby można było dojść do pewnych wniosków. Na 37 przypadków I. okresu w jednym przypadku chodziło o załamanie blaszki wewnętrznej przy nienaruszonej zewnętrznej wskutek odbicia kuli (Prellschuss), w 16 przypadkach o rany rynienkowe, w 16 przypadkach o postrzały cięciwowe (Tangentialschuss), w 7 przypadkach o przestrzał na wylot (Durchschuss, Diametralschuss), a w 2 tylko o postrzały ślepe (Steckschuss). W II. krótkim okresie na 56 przypadków chodziło w 24 o postrzały rynienkowe (Streif-Rinnenschuss), w 12 o cięciwowe, w 16 o przestrzał, w 4 o postrzały ślepe.

W przypadku odbicia kuli z załamaniem blaszki wewnętrznej powinno się z zasady zachowywać wyczekująco, licząc na to, że mózg po pewnym czasie dostosowuje się do ucisku. Jednak przy wystąpieniu wybitnych objawów uciskowych należy operować i usunąć przyczynę ucisku: krwiak nadoponowy (haematoma epidurale) lub podoponowy (haematoma subdurale). Tak postąpił kol. B. w jednym przypadku.

W przypadkach postrzałów powierzchownych i głębokich rynienkowych, jak i cięciwowych, należy jak najspiesznej przystąpić do zabiegu (Primäroperation), ponieważ wiemy z góry z doświadczeń chirurgów z ostatnich wojen, że postrzały takie są zawsze zakażone. W razie postrzałów rynienkowych ranę kostną należy obrównać (debridement, Blosslegung), najlepiej kleszczami tnącemi, unikając dłutowania, należy wydobyć ostrożnie odłamki kostne, należy usunąć krwiaki nadoponowe i podoponowe. Przy postrzałach cięciwowych (takich, gdzie wlot i wylot postrzału są od siebie oddalone nieraz 7—13 cm, gdzie obie te rany dadzą się i w kości wykazać, gdzie skóra pomiędzy obu ranami jest utrzymana, natomiast gdzie pomiędzy raną kostną wlotu i wylotu postrzału kość jest w większym lub mniejszym stopniu załamana), należy po przecięciu mostu skórnego wyjąć oddzielone drzazgi i kawałki zgruchotanej czaszki, usunąć ciała obce, usunąć osobliwie odłamki blaszki wewnętrznej, usunąć miazgę mózgową, a ewentualnie usunąć krwiaki nadoponowe lub podoponowe. Odłamki, trzymające się całości, należy o ile możności pozostawić. Kol. B. zmuszony był wykonywać przy takich postrzałach wtórną operacyę, gdyż chorych przywożono po upływie kilku dni, a nawet tygodni od czasu postrzału. W 2 przypadkach robaki wypadały z takich ran postrzałowych czaszki; oba zakończyły się zejściem śmiertelnem.

W przypadkach postrzałów na wylot, czy to powierzchownych (Segmentalschüsse), czy to głębokich (Diametralschüsse), należy zachować się konserwatywnie i ograniczać się do oczyszczenia tych ran, chyba że rany są zadane szrapnelem. Wtedy należy wlot postrzału rozszerzyć i wydobyć odszczepy kości i ciała obce, ażeby zapobiedz ropniom. Także przy postrzałach ślepych należy zachować się wyczekująco. Do pomocy należy tu użyć promieni Röntgena. Przy powierzchownie tkwiących pociskach szrapnela należy natomiast przystępować do operacyi. Pociski tkwiące należy pozostawiać, tylko jeżeli wywołują objawy zapalne i podrażnienia i jeżeli dają się dobrze zlokalizować promieniami Röntgena, należy je usuwać.

W wielu przypadkach przystępowano do operacyi wskutek powikłań, najczęściej ropni. Przyczyną powstawania ropni są ciała obce, kawałki szrapnela, a najczęściej odłamki kości, wskutek żywej siły pocisku i działania eksplozywnego wbite głęboko w istotę mózgową. Odłamki kostne są zawsze zakażone, tylko w chwili przejścia pocisku jadowitość ich bywa mniejsza, następnie zaś z nieznanych przyczyn wzmaga się i wywołuje ropnie. Do próbnych nakłuć mózgu lepiej jest posługiwać się nożem, niż strzykawką, gdyż przy użyciu strzykawki można zakazić zdrowe części mózgu. Ropnie należy szeroko otwierać i długo sączkować, ponieważ łatwo mogą powstać nowe ropnie. Pasma gazy jodoformowej, zmaczane w balsamie peruwiańskim, oddawały kol. B. dobre usługi przy ropniach mózgowych. Odłamki kostne z głębi mózgu należy usuwać bardzo ostrożnie, by nie nadwerężyć komory mózgowej ze smutnemi następstwami. Przetoki komór mózgowych bocznych powstają przy znacznych wypadnięciach mózgu, lub wobec ropni, i nie zawsze kończą się śmiertelnie.

Śmiertelność w przypadkach kol. B. wynosiła 35·1%. Na 37 przypadków zmarło 13 chorych. Najczęstszemi przyczynami zejścia śmiertelnego były ropne zapalenia opon lub mózgu (enkephalitis) z wypadnięciem mózgu. Największą śmiertelność dają przestrzały; mniejszą zauważono przy postrzałach ślepych, a najmniejszą przy wszystkich postrzałach cięciwowych.

Kol. B. omówił pokrótce kilka ciekawych przypadków i pokazał ciekawsze rentgenogramy. Promienie Röntgena oddają znakomite usługi przy ranach postrzałowych czaszki przez możność określenia siedziby pocisków i ich odłamków. Odłamki kostne niezawsze dają się w głębi mózgu wykazać. Dalej omawia kol. B. braki instrumentaryum w szpitalach, osobliwie, brak kleszczy kostnych. Następnie omawia materyał opatrunkowy. Bardzo dobre usługi oddawał mowcy balsam peruwiański, osobliwie przy ropniach, przy wypadnięciach mózgu. Przy braku balsamu opatrywano wypadnięcia gazą wilgotną, napojoną kwasem borowym, fizyologicznym rozczynem soli lub wodą utlenioną. Do przemywania ran mózgu najlepiej nadaje się woda utleniona lub fizyologiczny rozczyn soli kuchennej. Ropnie najczęściej drenowano pasmami gazy jodoformowej, napojonemi balsamem peruwiańskim.

Chorzy z ranami postrzałowemi czaszki powinni być oddzielani i wymagają rutynowanego wzmocnionego personalu lekarskiego.

Co się tyczy wyników ostatecznych, to rokowanie jest przeważnie złe. Tylko w minimalnej liczbie przypadków następuje zupełna restitutio ad integrum. Zawsze pozostają w mniejszym lub wyższym stopniu pewne braki czynnościowe, najczęściej niedowłady pewnych grup mięśniowych. Przy zranieniu psycho-optycznego ośrodka korowego podziwiać należy szybkie odzyskiwanie wzroku, przy zranieniach ośrodków korowych mowy szybkie odzyskiwanie mowy, ustępowanie aleksyi, agrafii i t. d. Dla neuropatologa przedstawiają te przypadki szerokie pole do badań naukowych. (Autoreferat).

b) Kol. Schramm miał 75 rannych w czaszkę. Zranienia czaszki dzieli na 1) zranienia kości rynienkowate, 2) przestrzały 3) i pociski uwięzłe. Najwięcej miał zranień rynienkowatych. Chirurgia wojenna nie powinna różnić się od chirurgii w czasie pokoju. Jeżeli mowca dostaje rannego w dwie godziny po zranieniu, to ranę otwiera, oczyszcza i nakłada opatrunek. Podczas wojny jednak dostawał żołnierzy rannych w czaszkę najwcześniej w dwa do trzech dni po zranieniu, a czasem i w osiem dni. Takie rany są stale zakażone. Mowca otwiera je szeroko, odłamki wyjmuje, brzegi oczyszcza nalewką jodową. Śmiertelność miał 40%. Ropnie mózgu uważa za schorzenie bardzo ciężkie, a wyniki operacyjne są nieszczególne. Restitutio ad integrum po operacyi prawie nie widział. Rokowanie co do życia, a osobliwie co do czynności, bardzo złe.

c) Kol. Lenko. Na 2694 żołnierzy, przyjętych od 27. VIII. 1914 do końca listopada 1915 w pawilonie IX. Gal. rez. szpitala Czerw. Krzyża było 108 z obrażeniami części mózgowej czaszki. Jeżeli się odliczy uszkodzonych: 1 ze stłuczeniem mózgu (contusio cerebri), 17 z obrażeniem mózgu bez rany zewnętrznej, 28 z ranami tłuczonemi, ciętemi, postrzałowemi, kłutemi skóry i kości czaszki i 1 ze złamaniem podstawy czaszki, to pozostaje 74 z właściwemi ranami postrzałowemi miąższu mózgowego. — Z tej liczby 10 przeniesiono po 4—37 dniach do innych pawi-

lonów; 4 przyszło z innego szpitala już po operacyi na mózgu wskutek rany postrzałowej i opuścili pawilon IX po 12—27 dniach. Z przypadków z raną postrzałową mózgu i kości skalistej równocześnie: 1 ranny umarł po 3 dniach, drugi mógł być ewakuowany po 5 dniach pobytu. Zaledwie 10 na 27, t. j. 13%, może być nazwanych wyleczonymi, przyczem pobyt wahał się od 8 do 74 dni. Trzech przebyło w uśpieniu usunięcie odłamków, przyczem jamę sączkowano i leczono przez gojenie następowe (per secundam intentionem). U 7 wystarczyło leczenie zachowawcze; u jednego pozostał pocisk u podstawy czaszki, wpadłszy prostopadle przez sklepienie, u drugiego rów, wybity przez kulę, pokrył się ziarniną i wypełnił się zupełnie; u pozostałych 5 rany pogoiły się i chorzy nie okazywali objawów chorobowych.

Na zmarłych przypada 48, t. j. prawie 65%. 5 zmarło już po kilku godzinach po przywiezieniu (1 oper.); 15 w ciągu pierwszej doby (4 było operowanych); 4 w ciągu 58 godzin (2 było operowanych); 4 pozostało przy życiu 3 dni (1 był operowany); 3 żyło 8 do 10 dni; 6 zmarło w ciągu 11—16 dni (w tem było 4 operowanych); 9 żyło 20—28 dni (4 było operowanych); 2 żyli prawie po 2 miesiące, bo 55 i 63 dni. Jeden operowany w 2 tygodnie po zranieniu, u drugiego musiano otwierać ropnie kilkakrotnie: raz zatoki czołowej i za nią ropnia, drugi raz ropnia pod czepcem ścięgnistym (galea aponeurotica) na przeciwnym biegunie od wlotu postrzału, trzeci raz 16 dni przed skonem około ciała obcego wewnątrz mózgu. — Operacyi dokonano tedy w mniej, niż 1/3 przypadków.

Wnioski:

1) Zestawienie z 13% wyleczonych odnosi się do uszkodzenia ośrodkowego narządu nerwowego z mniej lub więcej rozległem złamaniem (Lochfraktur) i ubytkiem w kości.

2) Trudno przyjąć łagodniejsze działanie kuli dzisiejszej broni palnej. Siła uderzenia jest nadzwyczaj wielka, rozległość złamania czaszki przy działaniu kuli jakby wbijania klina w kość, zależna jest od odległości strzału, często sięga do podstawy czaszki od sklepienia, które podobne jest do mozajki płytek z odłamków, luźnie obok siebie leżących. Pod nią znajduje się miazga mózgowa na wielkiej niekiedy przestrzeni. Wczesny zabieg polega na usunięciu tych odłamków, któreby przeszkadzały gojeniu lub powodowały długotrwałe ropienie.

3) Zabieg operacyjny powinien być wykonany z największą oględnością, by do wstrząsu zranienia i transportu nie dodawać zbyt wielkiego urazu operacyi. Niekiedy tyleby trzeba usunąć odłamków, że ogołociłoby się jedną połowę mózgu z osłony kostnej. Powinno się usuwać tylko takie, o których przyjąć należy, że nie wgoiłyby się jako zupełnie luźne, a unicestwiły zagojenie doraźne rany.

4) Kraniektomię wykonuje mowca zaraz po przybyciu rannego do szpitala, t. j. robi tak samo, jak do zabiegu przystępuje natychmiast, gdy przywiozą w czasie pokojowym uszkodzonego z powikłanem złamaniem goleni. W obu przypadkach często operacya nie ratuje życia, gdy z rany posocznica opanowała cały ustrój.

5) Rany mózgowe, które mowca otrzymywał do leczenia, były prawie z reguły ropiejące, a opatrywanie ich nie wstrzymywało niestety ropienia całego pola oczyszczonego.

6) Z okluwaniem według Heidenheina przeciw krwawieniu podczas operacyi należy być dość oględnym, bo niemiłem zjawiskiem staje się krwawienie następowe z każdego kanału ukłucia szwu. Krwawi też często bardzo ze zgrubiałej opony twardej i tętnic mózgu w ranie przy formach septycznych.

7) Pod szczeliny w kości podsuwał mowca sączki z gazy, w jamę wkładał luźno jakby worek Mikulicza, celem ułatwienia wyjmowania najpierw warstw wewnętrznych przy zmianie opatrunku lub »Makintosh«, używany przez Rovsinga. (Demonstracye).

8) Przeważnie zakładał mowca szew skóry, a ubytkowi w kości i mózgu starał się nadać kształt rowka dla łatwiejszego wypełnienia się jamy od brzegów.

9) O dalszych losach wygojonych chirurgicznie, będzie można wydać sąd dopiero o wiele później, czy pozostaną zdrowi na umyśle lub czy nie dołączy się do urazu n. p. odruchowa ślepota, obłęd jako pierwotne lub następowe zamroczenie umysłu (Schüle i Stolper) lub choćby nieznaczne braki w inteligencyi, niejednokrotnie bardzo subtelne, a dostępne wykryciu po dłuższem dopiero spostrzeganiu.

Przy końcu swego przemówienia przedstawia mowca 10 różnych pocisków szrapneli, kul karabinowych armii austro-węg., rosyjskiej i niemieckiej, z zakresu omawianego tematu, z podaniem, jaki wywołały rodzaj uszkodzenia, jakim ciekawym zmianom uległy same i jaki był wynik u ranionych nimi. (Autoreferat).

d) Kol. Groebel, pełniący podczas obecnej wojny służbę w szpitalu wojskowym tuż za frontem, opisuje czynności znajdujących się tam lekarzy. Przy ranach postrzałowych czaszki zakładają opatrunek prowizoryczny i starają się jaknajprędzej rannego przesłać do najbliższego zakładu stałego; operują tylko w tych przypadkach, gdzie są objawy ucisku mózgu.

e) Kol. Hornowski pokazuje preparaty z przewlekłych ropni mózgu; ciekawem jest, jak szybko przychodzi w tych ropniach do wytworzenia się tkanki łącznej.

f) Kol. Herman Co innego rana zaraz za frontem, a rany, jakie my dostajemy w kilka lub kilkanaście dni po zranieniu. Dobre wyniki tych operacyi natychmiastowych tuż za frontem należy przypisać dobremu opatrunkowi, jaki operator zakłada. Mowca nie ma zaufania do środków przeciwgnilnych, nie mogą one wiele zdziałać. Najważniejsza, żeby żywotność tkanek jak najmniej na szwank narażać, a zatem niepotrzebnie nie operować. — Jeżeli mowca tu we Lwowie dostaje z frontu rannego w czaszkę, wie już z góry, że rana zakażona; należy czekać, obserwować, a jeżeli objawy zakaźne groźne, operować. Co do późnych ropni, to jest to zjawisko w obecnej wojnie powszechne. Co do nazwy, której mowca użył w swoim wykładzie: »rany postrzałowe czaszki ślepe«, to uważa to wyrażenie za stosowne, bo rana taka ma zakończenie ślepe.

Sekretarz: Z. Szczepański.

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Higiena.

Urządzenia sanitarne w niemieckiem generałgubernatorstwie warszawskiem (Gesundheitswesen im Verwaltungsgebiete des Kaiserlich Deutschen Generalgouvernements Warschau) opisuje Ces. Urząd zdrowia w Nr. 8 r. b. swej publikacyi »Veröffentlich. d. Kais. Gesundheitsamtes«. Stworzoną przez rząd niemiecki organizacyą sanitarną kieruje szef administracyi w generałgubernatorstwie z referentem sanitarnym przy boku. Na 49 dawnych powiatów ustanowiono 41 lekarzy powiatowych; w przyszłości każdy powiat otrzyma osobnego lekarza. Aby zaradzić brakowi lekarzy-praktycznych, zarządzono okresowe przyjazdy i ordynacyę lekarzy z sąsiedztwa w miejscowościach pozbawionych lekarzy i pozwolono powrócić do swych dawnych siedzib szeregowi lekarzy Polaków z pośród jeńców wojennych. Zajęto się także rozesłaniem na prowincyę tych lekarzy, którzy w czasie wojny schronili się do Warszawy. Rozpoczęte budowy szpitali ukończono, szpitale uszkodzone naprawiono, reaktywowano zakłady dla obłąkanych. Wprowadzono przymus donoszenia o chorobach zakaźnych (dur plamisty i brzuszny, cholera, ospa, czerwonka, zapalenie opon, płonica, błonica), także w przypadkach podejrzanych, zorganizowano w większych miastach oglądanie zwłok przez lekarzy lub felczerów. Celem zwalczania epidemii stworzono dalej stacyę bakteryologiczną cywilną w Łodzi, oprócz której wykonują badania także wojskowe zakłady w Warszawie, Toruniu, Białymstoku, oraz pruskie zakłady w Bytomiu, Wrocławiu i Poznaniu. Dla odosobnienia chorych urządzono prócz dawnych szpitali 250 domów izolacyjnych. Niemieccy lekarze i dezynfektorzy kształcili dezynfektorów z pośród ludności miejscowej, dla których wydano drukiem wskazówki w języku polskim; w Łodzi założono szkołę odkażania, gdzie będą się odbywać kursa powtarzania. Przyrządy dezynfekcyjne i formalinę przysłano z Niemiec. — Z panujących epidemii zwalczano ospę przez wznowienie tygodniowych »dni szczepienia«, oprócz tego jednak wprowadzono przymus szczepienia dzieci szkolnych i ludności w okolicach najwięcej zagrożonych. Zaszczepiono 600.000 osób; ospa zmniejszyła się o 60%. Szczepienia wykonywują lekarze i pouczeni przez lekarzy powiatowych — felczerzy. Większe ogniska duru plamistego powstały tylko w Aleksandrowie i Warszawie; w zwalczaniu obok bardzo surowego odosobnienia wielkie usługi oddały zakłady odwszawiania: 6 wojskowych, służących także dla ludności cywilnej i 20 umyślnie utworzonych mniejszych, między nimi jeden na statku na Wiśle, obsługujący ludność nadbrzeżną. Aby zapobiedz rozwleczeniu cholery, założono dwie stacye nadzorcze nad żeglugą i flisactwem we Włocławku i Płocku. Dzięki temu i innym środkom cholera nie dostała się do Niemiec. (A co się działo w Królestwie, niezupełnie wiadomo ze sprawozdania). Bardzo grasujące choroby weneryczne zwalczano reglementacyą; w Warszawie wśród 1011 prostytutek znaleziono 517 zakażo-

nych, które internowano w szpitalach aż do wyleczenia. Silnie rozpowszechnioną wściekliznę zwalczano przez tępienie psów, wałęsających się, wprowadzenie wysokiego podatku od psów pokąsanych ludzi odsyłano do leczenia do Wrocławia. Energicznie starano się o zaprowadzenie czystości na ulicach, placach i t. d. po miastach. W Łodzi znaleziono kilkaset zupełnie wadliwych dołów kloacznych do oczyszczania biologicznego, które obecnie odkaża się regularnie chlorkiem wapna. Tamże ustanowiono osobnego urzędnika, pilnującego czystości podworców domowych. Z 10.000 studzien łódzkich zbadano pod względem higienicznym 7000 i zarządzono usunięcie usterek; w wielu miejscowościach wykonał umyślnie ustanowiony inżynier wiercenia za wodą. Zorganizowano nadzór nad środkami spożywczymi przez kontrolę targową i badanie prób w Poznaniu, Bytomiu i Bydgoszczy, a w Łodzi urządza się właśnie w tym celu wielki nowy zakład, w którym będą prowadzone kursa dla inspektorów targowych. — Sprawozdanie kończy się uwagą, że te usiłowania władz sanitarnych niemieckich trafiają, o ile można osądzić, wśród ludności miejscowej na rosnące z biegiem czasu zrozumienie. r.

Jedno z najstarszych Towarzystw lekarskich, »Wiener med. Doktoren-Kollegium«, wydało następujące wskazówki, które będą wręczane lekarzom przy uzyskaniu dyplomu: »1) Osiedlając się dla wykonywania praktyki, donieś o tem władzy politycznej i Izbie lekarskiej. 2) Osiedlając się, unikaj wszystkiego, coby do ciebie mogło zrazić kolegów. 3) Pamiętaj, że twoje osobiste interesa są równe interesom twoich kolegów i że stan lekarski może uzyskać poważanie i znaczenie tylko przez zgodę i jedność swych członków; obowiązkiem twym jest przeto należeć do towarzystw i organizacyi lekarskich. 4) Poinformuj się o organizacyi stanu lekarskiego i o znaczeniu Izb lekarskich, oraz Rad honorowych i nie zaniedbuj nigdy przed zawarciem umowy z kasą chorych, stowarzyszeniem i t. d., odnieść się do Izby lekarskiej, aby się uchronić od szkód materyalnych i moralnych. 5) Nabądź dokładnych wiadomości o swych obowiązkach w przypadkach chorób zakaźnych, w zakresie ubezpieczenia od chorób, nieszczęśliwych wypadków i t. p., oraz o wydawaniu orzeczeń w tych sprawach, aby uniknąć kolizyi z władzami i prawem i uchronić się od procesów z tytułu odpowiedzialności lekarza. 6) Unikaj reklamy, zwłaszcza przesadnej; zachowaj ostrożność w wydawaniu świadectw, poświadczeń o lekach i t. d. 7) W praktyce lekarskiej nie zapominaj nigdy, że twym najwyższym celem i obowiązkiem jest dobro chorego. Pamiętaj, że jesteś lekarzem nietylko ciała, ale i duszy twych chorych i że to szczególne zaufanie tylko przez prawy charakter i przez wykształcenie duchowe zdobyć i utrzymać można. 8) Ponieważ obecny sposób obsadzania posad lekarskich w kasach chorych wyklucza takie zaufanie, przeto występuj zawsze za wolnym wyborem lekarzy. 9) Strzeż zawsze tajemnicy lekarskiej. 10) Nieustannie kształć się dalej w medycynie, gdyż tylko to jest rękojmią, że utrzymasz się na poziomie nauki ku dobru swych chorych i własnemu. 11) Popieraj jaknajgoręcej wszelkie prace higieniczne, opiekę nad młodzieżą i dobroczynność publiczną przez żywy udział osobisty; w sprawach tych lekarze powinni dla dobra społeczeństwa i swego stanu zachować wpływ należny. 12) Zwracaj szczególnie uwagę na prawodawstwo socyalne, aby nie dokonywało się ono bez udziału lekarzy i przeciw lekarzom. 13) Służąc społeczeństwu w ten sposób, nie zapominaj jednak, że ze swego zawodu masz się utrzymywać; powinieneś więc żądać odpowiedniego zawsze wynagrodzenia za pracę i nigdy nie obniżać go w stosunku do innych kolegów, bo to tobie samemu najwięcejby zaszkodziło, zmniejszając twą wartość w oczach klienteli. 14) We własnym interesie zdążaj do zabezpieczenia siebie i swej rodziny na wypadek choroby, niezdolności do pracy i śmierci, przystępując przedewszystkiem do odpowiednich stowarzyszeń lekarskich i kas ubezpieczenia«. r.

W sprawie opieki nad oseskami zwrócił się prymaryusz Dr Jan Landau do ministerstwa spraw wewnętrznych z przedstawieniem opłakanych stosunków, w jakich się kraj nasz znajduje. Brak bowiem żłóbków dla osesków i specyalnych ambulatoryów, matki i przyszłe matki nie są należycie przygotowane do pielęgnowania osesków, położne, szczególnie na wsi, również nie są odpowiednio w tym względzie wykształcone, przyjmowanie osesków przez kobiety nieukwalifikowane nie podlega kontroli; jednem słowem na tem polu bardzo mało zdziałano, a obecnie otwiera się szerokie pole działania dla całego społeczeństwa. Dr Landau proponuje więc utworzenie dla Galicyi centralnego biura w sprawie osesków z lekarzem odpowiednio wykształconym na czele, sądząc, że w ten sposób zapobiegnie się wielkiej śmiertelności w pierwszym roku życia.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Akcya szczepienia krowianką, podjęta w wielkim stylu celem zwalczania epidemii ospy w Galicyi zachodniej, dobiega końca. Sekcya sanitarna Komitetu książęco-biskupiego krakowskiego, pod kierunkiem prof. Dr Godlewskiego, wysłała od września 1915 kilkadziesiąt osób szczepiących w okolice najwięcej zagrożone; do lutego zaszczepiono 270.000 ludzi. Grupy szczepiące, wykształcone na kursach, urządzonych przez Uniwersytet Jagielloński, a kierowane przez prof. Dr Marchlewskiego, wyekwipowane przez Sekcyę sanitarną K. B. K., rozjechały się po kraju w połowie lutego. Składały się one z 112 słuchaczów i 49 słuchaczek medycyny, 95 słuchaczy i 48 słuchaczek innych Wydziałów, oraz 28 mężczyzn i 46 kobiet z poza uniwersytetu. Zaszczepiły one ludność 35 powiatów, przeważnie w Galicyi zachodniej i środkowej; akcyę w kilkunastu powiatach wschodnich objęło gal. Towarzystwo Czerwonego Krzyża. Aby szczepienie mogło być ukończone, przedłużył Uniwersytet Jagielloński przerwę w wykładach do 3 kwietnia. Akcyę popierały gorąco i skutecznie władze, duchowieństwo, nauczycielstwo i ziemianie, a lud przyjmował chętnie.

— Członkami Najwyższej Rady zdrowia w Wiedniu na okres 1916—1918 zostali mianowani prof. Dr Kostanecki z Krakowa, prof. Dr Kucera, prof. Dr Łukasiewicz i prof. Dr Halban ze Lwowa.

— Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło w d. 8. III. posiedzenie, na którem prof. Ciechanowski przedstawił preparaty anatomopatologiczne, a prof. Nitsch miał wykład w sprawie bakteryologicznego rozpoznawania cholery. W d. 15. III. 1916 odbyło się posiedzenie, na którem dyrektor państwowego Zakładu krowiankowego, r. rz. Dr Paul, miał jako zaproszony gość wykład: »O nowej eksperymentalnej metodzie rozpoznawania klinicznie wątpliwych przypadków ospy«. Na posiedzeniu zaś w d. 29. III. przedstawił Dr Hładij przypadek mocznicy, leczonej obłuszczeniem nerek, a prof. Latkowski miał wykład »O osłabieniu mięśnia sercowego pod względem klinicznym«. W dyskusyi nad demonstracyą przemawiali kol. Jaworski, Latkowski, Glassner, Hładij.

— Dyplom doktora medycyny uzyskał p. Antoni Bargiel ze Starej Wsi w Galicyi.

— Zmarły niedawno w Zakopanem Dr Jan Stefanicki ze Stanisławowa zapisał cały swój majątek na cele publiczne, jakoto na stypendya (80.000), zapomogi dla ubogich włościan (15.000) i t. d.

— Izba lekarska zachodnio-galicyjska zawiadamia, że w obwodzie kozienickim w Królestwie są do objęcia trzy posady lekarzy okręgowych z siedzibą w gminach 1) Kozienice, 2) Zwoleń, 3) Magnuszew. Stała pensya roczna 3.000 kor., sposobność do dobrej praktyki prywatnej. Koledzy reflektujący na te posady zechcą zwrócić się do c. i k. Komendy obwodowej w Kozienicach z podaniem curriculum vitae. oraz oznaczeniem rodzaju i czasu trwania praktyki szpitalnej najdalej do 15. kwietnia, a równocześnie uwiadomić Izbę lekarską, że się o taką posadę starają. Władający językiem polskim mają pierwszeństwo, wymagana jest jednak również znajomość języka niemieckiego. — Bliższych informacyi zasięgnąć można w c. i k. Komendzie obwodowej w Kozienicach.

— W »Gazecie lwowskiej« ogłoszono konkurs na dwie posady lekarzy do zwalczania zimnicy w powiecie bialskim i oświęcimskim z siedzibą w Bestwinie, względnie w Brzeszczach. Posady będą nadane na 6 miesięcy (1. maja do 31. października 1916), a lekarze otrzymają wynagrodzenie 400 kor. miesięcznie, ryczałt na objazdy gmin przydzielonych 100 kor. miesięcznie i wolne mieszkanie. Podanie należy wnieść najpóźniej do 10. kwietnia 1916 do departamentu sanitarnego Namiestnictwa w Białej, dołączając dyplom lub kopię dyplomu, oraz dowody dotychczasowej pracy zawodowej, jako też praktycznej znajomości bakteryologii i badania krwi.

— Na posiedzeniach Głównego Komitetu ratunkowego dla ziemi lubelskiej, kieleckiej, radomskiej i piotrkowskiej, odbytych w Lublinie 15—17. III. b. r. była, jak donosi »Głos Narodu« — »osobnym przedmiotem rozważań sprawa opieki sanitarnej, która wymaga jak najenergiczniejszych zabiegów wobec epidemii tyfusu plamistego. W południowej części obwodu lubelskiego czynne są już kolumny szczepiące K. B. K.; na cele sanitarne przeznaczono dalsze 75.000, dotąd razem 175.000 koron; ziemia lubelska, jako bardziej zagrożona, otrzymała 35.000 kor. Dzięki poparciu władz gubernialnych, a w szczególności Dra Karpińskiego, szefa sanitarnego przy zarządzie gubernialnym, urządza się pod egidą rządu gubernialnego także miejscowe grupy szczepiące, które z grupami K. B. K. dokonają szczepienia ochronnego przeciw ospie. Pod kierownictwem Dra Karpińskiego odbywa się też obecnie w Lublinie kurs szczepienia, w którym bierze udział około 100 osób«.

— Prace lekarzy polskich w czasie obecnej wojny określił »Głos Narodu« (Nr 62) następującymi słowy: »Stan nasz lekarski złotemi głoskami zapisał się na karcie obecnej wojny. Ten tylko ocenić to może, kto patrzy na nadludzką wprost pracę lekarzy-obywateli, którzy poza trudami, jakie dyktuje obowiązek w szpitalach wojskowych, nieść muszą pomoc ludności cywilnej i zasilać swą pracą opustoszałe z sił lekarskich cywilne szpitale i prowadzić walkę zwycięzką z epidemiami, które groziły i grożą jeszcze ludności. Sami padają pod ich ciosem, a jedyną podzięką są najczęściej wspomnienia pośmiertne, poświęcone lekarzom-bohaterom, co ulegli epidemii, w obronie życia tych, którym nieśli pomoc«.

Lwów. Dziekanem Wydziału lekarskiego na r. 1915/16 wybrany został prof. Dr St. Bądzyński, w miejsce prof. Halbana, służącego w wojsku.

— Ministerstwo oświaty zatwierdziło habilitacyę Dr Adama Czyżewicza w zakresie położnictwa i ginekologii.

— Dyplom doktora medycyny uzyskał p. Wilhelm Blaustein, rodem ze Lwowa.

Warszawa. Na zaproszenie redakcyi »Deutsche medizinische Wochenschrift« ogłosił rektor Uniwersytetu warszawskiego, Prof. Dr Brudziński, w Nrze 10 tego tygodnika treściwą wiadomość o organizacyi Wydziału lekarskiego w Warszawie. (Nazwiska profesorów są w »Deutsche med. Woch.« do niepoznania zmienione przez omyłki drukarskie, n. p. zamiast Kryński raz Kryúsk, a drugi raz Krypiski). Oprócz szczegółów już wiadomych zawiera artykuł prof. Brudzińskiego wzmiankę o planach na przyszłość. W najbliższym roku szkolnym ma być otwarty drugi rok studyów z wykładami i ćwiczeniami w zakresie fizyologii, chemii fizyologicznej i histologii. Trudność stanowi brak odpowiednich gmachów; zakład fizyologii jest nieodpowiedni. Pomieszczenię dla anatomii patologicznej, patologii ogólnej, farmakologii i t. d. jest zbyt ciasne, zwłaszcza wobec frekwencyi, już na I. roku studyów przekraczającej 500. Klinikę chorób usznych, dziecięcych, umysłowych i nerwowych trzeba będzie dopiero stworzyć, bo ich wcale przedtem nie było. — Do artykułu prof. Dr Brudzińskiego dołączyła redakcya »Deutsche med. Wochenschrift« krótkie streszczenie jego broszury »O organizacyi uniwersytetu«, wydanej po polsku w r. 1915.

— Po zaprowadzeniu ruchu pocztowego do części Królestwa, zajętej przez wojska niemieckie, otrzymaliśmy pierwsze bezpośrednie wiadomości d. 21. III. o losie pism warszawskich lekarskich. Wynika z nich, że »Medycyna i Kronika lekarska« oraz »Zdrowie« nie przerywały ani na chwilę wydawnictwa. Pierwsze trzy zeszyty »Zdrowia« z r. b. otrzymaliśmy; treść ich podajemy w zwykłej rubryce. Artykuły wstępne w tych 3 zeszytach poruszają sprawy pierwszorzędnej wagi, jak zabezpieczeczenie ludności od głodu, odbudowę kraju, opiekę nad matkami i dziećmi, podniesienie kultury.

— Dzienniki podnoszą, że szpitale w Królestwie Polskiem znajdują się obecnie w bardzo trudnem położeniu, gdyż w wielu razach utraciły zwykłe swe źródła dochodu; ogólna drożyzna i bieda, konieczność bezpłatnego leczenia zubożałych chorych i podrożenie środków lekarskich wprawiły wiele szpitali w położenie wprost rozpaczliwe, tak, że groziło im zamknięcie. Ta-

kiemu losowi uległ szpital św. Kazimierza w Radomiu. Aby go ratować, wyasygnował Komitet książęco-biskupi krakowski 9000 koron, tyleż udzielił Główny Komitet ratunkowy lubelski, zaś c. k. Zarząd gubernialny wyasygnował 2000 kor. Gmina miasta Radomia musi jednak pokryć jeszcze 10.000 kor. długów, ciążących na tym szpitalu. Szpital w Dąbrowie górniczej otrzymał subwencyę od krakowskiego Komitetu książęco biskupiego w kwocie 1000 koron, zaś na cele tłumienia epidemii w Chmielniku przeznaczył Komitet książęco-biskupi krakowski kwotę 3000 kor.

— Zjazd internistów niemieckich w Warszawie w d. 1. i 2. V. obradować będzie na temat duru brzusznego, paratyfusu, duru osutkowego, czerwonki, cholery, chorób serca i nerek w czasie wojny. Uczestniczyć mogą tylko lekarze z państw sprzymierzonych centralnej Europy, nie są dopuszczeni lekarze z państw neutralnych. Lekarze cywilni mają się zgłaszać do prof. Weintrauda w Baden pod Wiedniem, a otrzymają przepustki wprost od władz niemieckich z Warszawy, muszą jednak mieć prawidłowy paszport z miejscowości swego zamieszkania i nie mogą przyjeżdżać z rodziną.

Zmarli: Dr Klemens Lipiński, w 34 r. ż. w Łodzi, z duru; Dr Maurycy Hay, którego nazwisko związało się z rozpowszechnieniem krowianki w Austryi (ur. 1833 w Wielkich Oczach, wychowaniec uniwersytetu lwowskiego, później lekarz obwodowy w Radymnie i Jarosławiu, założyciel pierwszego zakładu krowiankowego w Austryi) w Wiedniu; Dr Maksymilian Schlank, lekarz miejski w Oświęcimiu; Dr Ferdynand Eichhorn z Krakowa, w Wiedniu; Dr Godecki w Lubartowie; Dr Ignacy Jaroszyński, w 48 r. ż., w Piaskach luterskich w lubelskiem, z duru plamistego; Dr Karol Rotkel, zasłużony na wielu polach pracownik społeczny, w Lublinie; Dr Wł. Miłoszewski, wychowaniec U. J., w 28 r. ż., w Hrubieszowie z duru plamistego; Dr L. Peterseim, lekarz pułkowy, krakowianin, w niewoli na Syberyi.

Redakcya otrzymała: Bogdanik: Kriegschirurgische Erfahrungen mit den Mantelgeschossen. Über die Wirkung der Dumdum-Kugeln. (Med. Klinik. 1916). — Korczyński: 1) Beiträge z. Klinik d. sporadischen Fälle Heine-Medin'scher Krankheit (Wiener kl. Woch, 1914). 2) Beitr. z. Klinik infantiler Hypothyreose. 3) Sporadischer Fall von Anguillulalis intestinalis. 4) Ein Fall Dercumscher Krankheit. (Medic. Klinik 1914/15). 5) Das chronische Duodenalgeschwür (Österr. Aertze-Ztg. 1914). 6) O nerwicach wegetatywnych. 7) Kiłowe schorzenie tętnicy głównej (Kraków 1914). — Cybulski i Woliczko. Die Abhängigkeit der Aktionsströme der Muskeln von der Temperatur. (Kraków. Akad. Umiej. 1914). — Cybulski i Jeleńska-Macieszyna: Aktionsströme der Grosshirnrinde. (Kraków. Akad. Umiej. 1915). — Jaworski W.: 1) Modifikation in der Aufnahme der Elektrokardiogramme von pathologischen Herzen zur Erleichterung der klinischen Diagnose. (Münch. med. Woch. 1915). 2) Vergleichende Untersuchungen über röntgenologische u. klinische Befunde am Magen. (Dts. med. W. 1915). — Jaworski i Męsowicz: Über den verderblichen Einfluss der gegenwärtigen Richtung in den chemischen Fabriken u. Apotheken auf die praktische Medizin. (Münch. m. W. 1914). — Korczyński: 1) Paratyphöse Erkrankungen. 2) Rückfallfieber (Med. Klinik 1915). 3) Letal verlaufende paratyphöse Enteritis (Wiener kl. W. 1915). — H. Wachtel: 1) Das neue Lokalisationsprinzip der Raummarke und der Schwebemarkenlokalisator. 2) Über die instrumentelle Bestimmung der Erythemgrenze. (Forschr. a. d. Gebiete der Röntgenstrahlen. T. XXIII). 3) Die Fremdkörper rücken häufig bei der Operation tiefer. Ursache et c. 4) Über die Bedeutung der feineren Details der Frakturbilder. 5) Der Schwebemarkenlokalisator (Münch. med. Woch. 1914, 1915). 6) Ein halbes Jahr röntgenologische Projektillokalisation (Med. Klinik. 1915). 7) Kriegs-Röntgenologie (Jahresk. f. ärztl. Fortb. 1915).

Bibliografia: Taschenbuch des Feldarztes. V. Plate i Dethleffsen: **Die physikalische Therapie in Feld- und Heimatlazarett.** Monachium 1916, str. 188 (J. F. Lehmann). Cena 4 Mk.

Powstanie tej książki wywołały widocznie warunki, w jakich znajdują się szpitale polowe niemieckie, mogące wskutek walki pozycyjnej i korzystnych pomieszczeń, przynajmniej na froncie zachodnim, zająć się stworzeniem urządzeń do leczenia fizycznego i systematycznem jego stosowaniem przez czas dłuższy. Książka Platego i Dethleffsena ogranicza się oczywiście, jak i wszystkie inne części tego wydawnictwa, do rzeczy najkonieczniejszych, zaledwo dających się zmieścić w ciasnych ramach 188 stronnic, zwłaszcza wobec licznych i dużych ilustracyi, stanowiących skądinąd wielką zaletę tego wojennego podręcznika. Autorowie omawiają więc tylko działanie procedur napotnych ogólnych, miesienie, leczenie fizyczne świeżych i starszych ran i blizn, dalej kolejno leczenie zboczeń narządu oddechowego, krążenia, narządu ruchu i t. d., w końcu podają wskazówki, jak urządzić mały zakład leczenia fizycznego w szpitala wojennym r.

Jahreskurse für ärztliche Fortbildung. R. VII. Zeszyt 3. Monachium 1916 (J. F. Lehmann). Cena 1·25 Mk., rocznika 16 Mk.

Tegoroczny zeszyt marcowy zawiera, ściśle według programu, rozprawy z zakresu chorób narządu trawienia i przemiany materyi, a mianowicie prof. Straussa i Dr Leva sprawozdanie z postępów w zakresie nauki o chorobach żołądka i jelit, Dr Cohnheima uwagi o chorobach narządów brzusznych, szczególnie obchodzących lekarzy praktycznych i prof. Boruttau pracę o uzupełniających substancyach odżywczych i ich znaczeniu praktycznem.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich.

Zdrowie (Warszawa) 1916. Nr 1—3: Otto: O ujemnym wpływie palenia tytoniu (1—3). — Pręgowski: W sprawie wewnętrznej organizacyi szpitali (1—2). — Hewelke: Wojna a choroba (1). — Fruchtman: Warstaty dla obróbki szczeciny (2). — Chełchowski: Najpilniejsze potrzeby higieniczne ludu polskiego (3). — Dzięciołowski: Krew, jako produkt zwierzęcy, z punktu widzenia »mięsoznawstwa« (3).

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.